Anatomie.

ESSAI SUR LES VEINES DU RACHIS.

Physiologie.

RECHERCHES HISTORIQUES ET EXPÉRIMENTALES SUR LA FORMATION DU CAL.

Chirurgie.

CONSIDÉRATIONS ET OBSERVATIONS ANATOMIQUES ET PATHOLOGIQUES SUR LA HERNIE FÉMORALE, OU MÉROCÈLE.

Art de l'Anatomiste.

DE LA DESSICCATION ET DES AUTRES MOYENS DE CONSERVATION DES PIÈCES ANATOMIQUES.



THÈSES

Présentées et soutenues publiquement devant les Juges du Concours, le 28 Avril 1819,

PAR GILBERT BRESCHET,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris, Prosecteur à la même Faculté, premier aide de clinique externe à l'Hôtel-Dieu, etc.

A PARIS,

Chez MÉQUIGNON-MARVIS, Libraire pour la partie de Médecine, rue de l'Ecole de Médecine, n° 3, près celle de la Harpe.

1819.

3

TROISIÈME THÈSE.

Chirurgie.

CONSIDÉRATIONS ET OBSERVATIONS

ANATOMIQUES ET PATHOLOGIQUES

SUR

LA HERNIE FÉMORALE,

OU

MÉROCÈLE.

Una eademque manus vulnus opemque feret.

3

CONSIDÉRATIONS

ET

OBSERVATIONS ANATOMIQUES ET PATHOLOGIQUES

SUR

LA HERNIE FÉMORALE,

OU MÉROCÈLE (1).

La hernie fémorale est celle dans laquelle le déplacement s'est opéré sous l'arcade inguinale ou crurale, par une ouverture communiquant avec un canal qui vient s'ouvrir à la partie antérieure et supérieure de la cuisse.

On pense assez généralement que cette hernie se rencontre moins souvent que la sus-pubienne ; mais nous croyons que dans la femme elle est plus fréquente que celle dont le canal sus-pubien est le siége, et que dans le sexe masculin, sans être très-commune, elle est beaucoup moins rare que certains auteurs l'ont avancé. M. le professeur Dupuytren l'a observée pendant le cours de sa vaste pratique, en ville ou à l'Hôtel-Dieu, un très-grand nombre de fois sur l'homme ; et je puis dire que j'en ai vu plus de trente exemples dans l'espace de quelques années, en suivant l'enseignement de ce professeur.

C'et aussi une erreur de croire que les anciens ne la connaissaient pas. *C. Celse* semble désigner la mérocèle dans un passage qui paraît cependant offrir quelque obscurité (2). Paul d'Ægine en parle en termes assez clairs ; et si Heister n'a point trouvé ce passage, c'est qu'il n'a pas convenablement compulsé son auteur. Freind, dans son *Histoire de la médecine*, reconnaît que Paul d'Ægine a désigné la hernie fémorale d'une manière à ne laisser aucun doute sur la connaissance qu'il possédait de cette infirmité.

(1) *Hernie inguinale ou fémorale* de M. le professeur Chaussier. *Mérocèle ou hernie inguinale externe* de quelques auteurs, communément *hernie crurale*. *Voy.* Table synoptique des hernies, suivant la nomenclature méthodique de l'anatomie.

(2) De interiore parte abdominis ruptâ, et quâ ratione curanda sit (cap. XVII, lib. VII). De re medicâ. (Medicæ artis princip., etc., edente Henrico Stephano.)

« La cavité dans la cuisse entre les muscles pectiné et couturier, où les vaisseaux cruraux descendent, est très-remarquable ; et les tendons des muscles abdominaux sont si lâches, qu'il n'y a là qu'un peu de graisse et quelques fibres membraneuses qui séparent cette cavité de l'abdomen : l'on voit ainsi combien il est aisé que le péritoine soit forcé en bas par quelque compression au travers de cet interstice, et poussé dans la cavité que nous avons décrite, sur-tout quand on est debout. Cette cavité est une ligne plus directe que les anneaux eux-mêmes de ces tendons (1). »

Garengeot dit que Paul, ancien chirurgien opérateur, croit que le boyau peut être poussé dans une cavité de la cuisse, entre les muscles pectiné et couturier, où les vaisseaux cruraux descendent. Cette remarque est vraie, ajoute Garengeot ; mais la maladie n'est à ce point que dans les anciennes hernies crurales (2).

Plusieurs auteurs s'accordent pour attribuer la première notion exacte que nous ayons eue de la hernie fémorale à Verheyen ; mais c'est à tort, ainsi que Gunz (3) l'a fait remarquer ; car, avant Verheyen, Riolan (4) et Paul Barbette avaient indiqué l'existence de la mérocèle. Ce dernier s'exprime de manière à ne laisser aucune incertitude sur la connaissance de la maladie dont nous parlons (5). Blasius (6), si nous en croyons Gunz (7), avait vu la hernie crurale dans ses dissections, et Nicolas Lequin, dont le petit livre in-12 parut à Paris en 1685, donna plusieurs observations de chirurgie, dans lesquelles il parle de la hernie fémorale.

L'ouvrage de Verheyen ne fut publié qu'en 1693. La manière dont il s'exprime, montre qu'il avait des notions assez exactes de la hernie fémo-

(1) Freind, Histoire de la médecine depuis Galien jusqu'au seizième siècle, pag. 68, Paris, 1728. *Voyez* aussi History of physik, part. I, pag. 168.

(2) Traité des opérations, tom. I, pag. 241, Paris, 1748.

(3) Justi Godofredi Gunzii, observationum anatomico-chirurgicarum de herniis libellus, cap. XVII, pag. 75, Lipsiæ, 1744.

(4) Joannis Riolani filii, etc., anthropographia et osteologia, lib. II, cap. XII, Parisiis, 1626.

(5) Peritonæum enim eâ parte quâ lumbos spectat rumpi posse, sicque hìc loci herniam produci, experientia probat. Notamus etiam processum peritonæi, ubi inguini vicinus est, ita rumpi posse, ut intestinum non ad scrotum, sed verò intra cutem et musculos ad femur ipsum prolabatur. Pauli Barbette, Opera chirurgico-anatomica, cap. VII, de Herniâ seu ramice, p. 36 et 37, Lugd. Batav., 1672.

(6) Observat. anat. pract., pag. 22.

(7) Loc. cit., pag. 75.

rale, et de l'ouverture dans laquelle les parties s'engagent (1). Bassuel publia dans le *Mercure de France* de l'année 1734, que dans la dissection de plusieurs cadavres mis à sa disposition, il avait reconnu que le sac herniaire, engagé sous l'arcade crurale, est toujours placé dans l'angle formé par cette arcade avec l'os pubis.

La hernie fémorale est le plus fréquemment formée par l'intestin grêle, et sur-tout par l'iléon (2) ; le gros intestin peut aussi la constituer. Il n'est pas rare de trouver dans la tumeur, le cæcum ou le colon. Ces deux intestins s'y rencontrent plus souvent à droite qu'à gauche (3). Martin a vu, dans un mérocèle du côté gauche, l'épiploon, l'iléon, le jéjunum, le mésentère et l's du colon (4) ; Marrigues, l'appendice cæcale ; Levret parle d'une hernie formée chez un homme, par une partie de la vessie. Simon et Levret ont observé, sur la même femme, deux hernies de vessie dans les deux anneaux cruraux.

Arnaud cite un exemple de hernie fémorale entérocèle, dans deux sacs distincts par leur direction et leur ouverture. Chopart et Desault ont observé, sur une femme hydropique, une hernie de vessie par l'anneau crural du côté droit, vers lequel l'urèthre était entraîné (5). Un enfant de sept ans refoula son testicule gauche dans la cavité abdominale ; au bout de dix ans, cette glande passa par le conduit crural, et la tumeur s'étrangla à l'orifice antérieur, ce qui nécessita l'opération (6). Hunter (7) a rencontré l'ovaire dans une hernie crurale ; M. le professeur Lallement (8), l'utérus et les trompes de Fallope ; et dernièrement, sur une femme por-

(1) Alius huic vicinus locus est, ubi fiunt herniæ periculosæ, ac sæpe lethales : scilicet ubi venæ et arteriæ iliacæ tendunt ad crura. Siquidem peritonæo paululum dilatato, aut, quod rarissime contingit, rupto, descendit exigua pars intestini ilii, ibidemque partibus vicinis accressit, ex quâ accrescentiâ vidi particulam intestini ilii omninò occlusam, ægrum miserè morientem, postquam à multis diebus nihil per alvum excreverat et tandem materiam fœculentam per vomitum rejecerat, præcluso omni transitu ad podicem, etc. Corpor. human. anatom., lib. prim. auct. Philippo Verheyen, pag. 85, Lipsiæ, 1718.

(2) Callisen, Observata quædam medico-chirurgica, Acta Societ. med. Hauniensis, tom. II, pag. 324.

(3) Sabatier, Médec. opér., tom. I, pag. 143, 1re édit.

(4) Journal de médecine, tom. XXIX, pag. 169.

(5) Traité des maladies chirurgicales, tom. II, pag. 299.

(6) Journal de médecine, tom. XVI.

(7) Medico-chirurgical transactions, etc., vol. IV, pag. 329.

(8) Bulletins de la Faculté de médecine de Paris, etc.

tant deux hernies fémorales, l'une à droite, l'autre à gauche, il a trouvé dans la première l'épiploon sortant par l'ouverture antérieure du canal crural et ressemblant par sa forme à un testicule; derrière lui se trouvait la trompe utérine, et la duplicature du péritoine qui la contient. Cette femme avait succombé aux accidents d'une péritonite, suite de l'étranglement aigu. M. le professeur Lallement a bien voulu me permettre d'examiner la préparation anatomique de ce cas fort curieux. M. A. Cooper a donné une gravure représentant l'utérus engagé dans l'orifice du sac herniaire. Quelquefois une appendice intestinale imitant un doigt de gant, et qu'on désigne communément sous le nom de *diverticulum*, constitue seule la tumeur. Monro a publié un fait de ce genre, qu'il a représenté dans sa planche XIV, fig. 2 (1). Ce diverticulum provenait de l'intestin grêle, le sac contenait en outre une petite quantité de fluide sanguinolent. Le col de l'appendice avait été comprimé et se trouvait en partie rempli, ainsi que l'intestin auquel elle tenait, par un liquide visqueux (2).

Les parties déplacées pour former la hernie fémorale, chassent le plus communément devant elles un ou plusieurs feuillets membraneux qui leur servent d'enveloppes et constituent le sac. Toutes les hernies crurales ne sont pas pourvues de ce sac. Garengeot cite des exemples de ce que nous avançons (Opérat., t. 1, p. 288).

Ce sac est tantôt unique et tantôt multiple. Callisen rapporte une observation où il existait deux sacs : l'un extérieur, sortant un peu au-dessus de l'arcade crurale, contenait une portion d'intestin; l'autre intérieur, situé dans la cavité pelvienne, sous le ligament large de l'utérus, renfermait une anse d'intestin gangrené (3). Je crois cependant que dans ce cas, il y avait deux hernies distinctes. Monro parle d'une tumeur herniaire dans laquelle il existait quatre sacs qu'il fallut ouvrir successivement avant de mettre les intestins à nu; ils étaient à côté les uns des autres. Ces

(1) The morbid anatomy of the human gullet, stomach, and intestines, etc., Edinburgh, 1811.

(2) Il y a une autre espèce d'appendice intestinale, qui diffère de la précédente; elle a une enveloppe mince, et sa forme est globulaire. Elle semble être formée par la sortie de la membrane muqueuse, à travers l'écartement des fibres de la membrane moyenne de l'intestin. Une pièce offrant cette variété de diverticulum, a été envoyée à M. Monro par le docteur Cheyne, qui l'avait trouvée à la partie moyenne du rectum d'un malade qui mourut d'une inflammation aiguë des intestins. Les accidents qui surviennent dans ces circonstances doivent être rapportés aux étranglements internes, plutôt qu'aux hernies proprement dites. Monro l'ancien a observé un fait analogue.

(3) Observata quædam medico-chirurgica, Acta Soc. medicæ Hauniensis, tom. II, p. 329.

sacs multiples et les sacs multiloculaires, sont plus communs dans le mérocèle que dans les autres hernies. Hesselback (1) les a très-bien représentés sur plusieurs de ses planches, et l'anatomie donne une explication très-satisfaisante du mode de formation de ces utricules. Le déplacement des parties se fait dans le canal crural, mais le péritoine pousse devant lui le *fascia propria* et d'autres lames celluloso-fibreuses, perforées pour le passage des ganglions lymphatiques ou des vaisseaux absorbants. Il est possible que le sac, formé par une membrane mince, contenant de la sérosité, s'engage dans une ou dans plusieurs de ces ouvertures, et que peu-à-peu il en résulte des cavités séparées. Les différences dans le déplacement des parties dans le conduit crural, peuvent aussi donner lieu à des sacs multiples et distincts (1). Le *fascia superficialis*, le *fascia perforata*, et la gaîne celluleuse des vaisseaux, peuvent, dans quelques circonstances, favoriser la formation de kystes, ou de tumeurs enkystées, de figures variées, situées sur la face antérieure de la hernie, et dont la présence inquiète et embarrasse parfois considérablement l'opérateur. Nous pouvons citer plusieurs observations curieuses qui viennent à l'appui de ce que nous avançons.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Joachim-Joseph, âgé de trente-deux ans, de Breslau, ébéniste, d'une bonne santé quoique pâle, portait, depuis onze ans, deux hernies crurales, tout au plus du volume d'une noix. Il ne les avait jamais contenues par aucun bandage, et n'avait ressenti d'autre incommodité que quelques coliques qu'il faisait cesser en réduisant ses hernies, lorsqu'un matin, en allant à son ouvrage comme de coutume, il éprouva, sans avoir fait d'effort, des nausées, des hoquets, des vomissements de matières fécales, et tous les autres symptômes de l'étranglement. Il essaya, mais vainement, de réduire sa hernie; les accidents persistèrent toute la journée: il entra à l'hôpital le lendemain, et fut opéré à six heures du soir, trente-quatre heures après le début de l'étranglement.

(1) Haud raro contingit, ut in subjectis masculis sacci hernialis corpus aut duplex, aut in plura divisum loculamenta appareat; scilicet cum tendinosi textûs retiformis fasciculi in lacunâ externâ sacci hernialis impetui restiterint, ille ipse per textûs intervalla prorumpit, etc. Disquisitiones anatomico-pathologicæ de ortu et progressu herniarum inguinalium et cruralium, etc., pag. 44, tab. XIII, tab. II.

(2) Voyez plus loin les variétés de hernie crurale admises par M. Monro.

L'aine gauche offrait de la tuméfaction ; la tumeur située sous l'arcade crurale avait le volume d'un petit œuf, elle était dure, ronde, un peu mobile, élastique, très-douloureuse. L'opération fut faite à la manière ordinaire; mais M. Dupuytren rencontra au-devant du sac herniaire deux faux sacs : le premier était épais, tomenteux, de couleur brune, divisé en lobules serrés, uni par du tissu lamineux, dense, parcouru par un grand nombre de vaisseaux : c'était un ganglion lymphatique engorgé, aplati, étalé au devant du sac herniaire; sa face postérieure était lisse et polie; il cont nait un liquide brunâtre. Le deuxième faux sac, mince et fibreux, renfermait peu de sérosité; il était formé par des lames de l'aponeurose crurale. Une très-petite quantité de sérosité existait dans le véritable sac, qui était épais, tendu et très-profondément situé ; une portion d'intestin d'environ un pouce et demi de longueur, était pincée dans presque toute son épaisseur. M. Dupuytren introduisit à plusieurs reprises sous l'arcade le bistouri boutonné, et employa chaque fois un degré de force suffisant dans toute autre circonstance pour opérer un débridement convenable, avant de pouvoir obtenir assez de relâchement pour faire rentrer les viscères déplacés.

L'intestin parut sain et fut réduit. Pendant la nuit, on donna deux quarts de lavement qui ne déterminèrent pas d'évacuations.

Le lendemain matin, les symptômes d'étranglement avaient disparu. Le malade avait dormi pendant presque toute la nuit; il n'existait aucune douleur au ventre, point de maux de tête ; la langue et le pouls étaient bien.

Le soir, comme le malade n'avait pas eu d'évacuation alvine, et comme le ventre était volumineux, mais sans douleur, on pratiqua une saignée pour prévenir toute inflammation; les quarts de lavement furent continués. Pendant la nuit, il y eut une selle de matières liquides verdâtres, fétides; des vents furent rendus. Le malade eut du calme et un peu de sommeil ; il ne se plaignait de rien. Cependant le pouls était petit, fréquent, le ventre volumineux, tendu, douloureux à la pression ; quelques coliques se manifestèrent : on appliqua trente sangsues sur l'abdomen. Le soir, l'état parut meilleur; la nuit fut bonne, et il y eut une selle. Depuis ce moment, les évacuations se rétablirent, quoique lentement et avec peine ; les symptômes de péritonite disparurent ; la plaie marcha rapidement vers la cicatrisation. Le malade sortit de l'hôpital au bout de quelques jours ; sa plaie était presque entièrement cicatrisée.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Le nommé Laurent Guillaumeau, âgé de 47 ans, manœuvre, d'une constitution robuste, avait éprouvé, pendant qu'il était militaire, plusieurs maladies vénériennes; le symptôme principal de l'une d'elles avait été un bubon à l'aine gauche, qui s'ouvrit et laissa une large cicatrice adhérente aux ganglions inguinaux superficiels. Quinze ans après, ayant quitté le service, et se livrant à différents travaux assez rudes, il sentit se former derrière cette cicatrice, une petite tumeur à laquelle il ne fit que peu d'attention; elle n'avait que le volume d'une noisette, et ne lui causait que peu d'incommodité. On lui dit cependant que c'était une hernie; mais il ne porta pas de bandage. Quatre années après, il eut encore un bubon à l'aine, du même côté. Il fut traité à l'hôpital des vénériens. La tumeur se termina par résolution; mais il resta néanmoins un léger engorgement indolent du ganglion lymphatique affecté. Cinq ans plus tard, après avoir, pendant quatre jours, tourné la meule chez un coutelier (travail pénible, dans lequel il faut être toujours debout), il ressentit de la douleur et du gonflement dans l'aine, perdit l'appétit, eut des hoquets, des nausées et des vomissements très-abondants et très-fréquents; pendant le reste de la journée il eut une petite selle, mais ne rendit point de vents: entré à l'Hôtel-Dieu, il assura que les vomissements avaient diminué le lendemain, et avaient même cessé tout-à-fait depuis; mais il mit tant de vague, et des contradictions si grossières dans ses réponses, qu'à l'exception de quelques faits principaux sur lesquels il ne variait guère, tout son récit n'offrait qu'obscurité et incertitude. Voici quel était son état lors de son entrée à l'Hôtel-Dieu: Dans l'aine gauche, au-dessous de l'arcade crurale, existait une tumeur du volume d'un œuf, plus dure antérieurement et en dedans qu'en dehors et en arrière, offrant profondément une fluctuation obscure, peu mobile, à base large, s'enfonçant du côté de l'arcade crurale; ce qui ne permettait pas de la circonscrire: une cicatrice large et irrégulière la recouvrait en partie et y adhérait. C'était là que le malade rapportait toutes ses douleurs; la sensibilité était très-exaltée, parfois même lui arrachait des cris aigus. Cependant la peau avait sa couleur naturelle; le ventre était peu tendu, peu sensible à la pression. De temps en temps il survenait des coliques atroces, pendant lesquelles il frottait la région ombilicale avec la paume de la main.

Il avait des hoquets fréquents et quelques nausées; plusieurs fois il fut sur le point de vomir, mais il ne rendit rien. On le transporta au bain ; il s'y trouva très-bien ; tous les symptômes furent suspendus tant qu'il resta dans l'eau.

Après une heure et demie de bain, on essaya de réduire la hernie; mais à peine toucha-t-on la tumeur, que les cris poussés par le malade firent regarder toute tentative comme inutile et dangereuse : il fut reporté dans son lit. Dès qu'il fut sorti du bain, les nausées et les hoquets reparurent. Il était évident qu'on ne pouvait attribuer les accidents qu'à l'étranglement de la hernie, et non pas à une inflammation des glandes de l'aine, comme le croyait le malade ; mais, lors même que cela eût existé, l'indication principale restait toujours la même ; les incisions précédant le débridement, auraient fait rencontrer du pus s'il en eût existé ; dans tous les cas il fallait donc opérer. A la visite du soir, M. Dupuytren en fit la proposition au malade ; vainement employa-t-il tous les moyens que peut suggérer l'humanité, le malade résista. Il n'écouta pas davantage les observations des personnes affectées d'anus contre nature, qui se trouvaient près de son lit, et persistait à dire qu'il avait une glande engorgée et non une hernie. La nuit se passa dans le même état. A la visite du matin, il était décidé à tout, mais il se trouvait dans un état plus fâcheux que la veille ; le ventre était plus sensible, plus développé ; la voix plus faible ; les traits de la face offraient l'empreinte de la douleur et de l'abattement ; il avait perdu sa vivacité, sa loquacité. M. Dupuytren, s'attendant à rencontrer des complications provenant des bubons qu'avait eus le malade, redoubla d'attention, et procéda avec la plus grande circonspection. La peau ne put être soulevée à cause de son adhérence à la tumeur. La première incision fut rendue cruciale ; les lambeaux disséqués, on découvrit une tumeur rouge assez résistante, sous une enveloppe mince et membraneuse : elle fut incisée crucialement, décollée, renversée. Cette espèce de sac offrait un aspect fibreux, lisse en dedans comme un sac herniaire ; la tumeur était lisse aussi, et circonscrite dans toute son étendue. On l'isola ; sa base parut étroite et très-mobile ; elle se dirigeait sous l'arcade crurale. Cette mobilité, cette étroitesse de la base éloignait de l'idée qu'on eût pu avoir que c'était une portion d'épiploon ou d'intestin. La surface de cette tumeur fut entamée couche par couche et avec soin : on traversa une enveloppe épaisse d'une demi-ligne, d'un rouge marron, et parcourue par un grand nombre de vaisseaux, lisse en dedans, adhérente à une tumeur bosselée,

irrégulière, lisse, multiloculaire; on isola encore cette tumeur, elle avait la couleur d'une portion d'intestin étranglé, mais elle ressemblait à l'épiploon. M. Dupuytren, sachant que c'était des pelotons graisseux, les écarta avec des pinces à disséquer, et trouva au-dessous une membrane épaisse, fibreuse, qu'on crut être le sac herniaire. Une petite incision en fit sortir une palette de pus bien lié, mêlé à un peu de sang. C'était un foyer purulent, formé dans quelques cellules sous l'aponeurose crurale. On agrandit l'incision pour mettre la tumeur à découvert; de peur d'accident, on la déchira avec des pinces à disséquer, on en sépara les lobes nombreux, qu'on isola les uns des autres; ils étaient enflammés, injectés, de couleur rouge-marron, très-friables, unis par du tissu lamineux, serré, dans lequel se distribuaient les vaisseaux qui se portaient aux différents lobules. C'était un ganglion lymphatique, enflammé, tuméfié, qui avait pris beaucoup de développement en largeur, ne pouvant pas s'étendre aussi facilement dans un autre sens, par la résistance de l'aponeurose crurale. On en écarta les débris; on chercha profondément du côté de l'arcade, et l'on aperçut une surface convexe, lisse, à base large, mais peu saillante, de couleur violette. Le doigt y sentit de la fluctuation, et M. Dupuytren annonça que c'était le sac herniaire; il le pinça et incisa en dédolant cette espèce d'ampoule, dont il s'écoula une petite quantité de sérosité sanguinolente très-colorée. L'incision agrandie crucialement, on découvrit au fond du sac une substance de teinte violacée, marbrée, à parois épaisses, molles; c'était une portion d'intestin pincée, entièrement vide, parce que la compression avait été assez forte, assez exacte pour empêcher les gaz ou les matières fécales de s'y engager. On n'en voyait tout au plus que cinq à six lignes de large sur un pouce de long; on eût dit, pour la forme, l'extrémité d'un large doigt de gant. Un premier débridement opéré avec le bistouri droit boutonné, en haut et au dehors, n'étant pas suffisant, M. le professeur Dupuytren porta sous l'arcade un bistouri courbe, et fit un peu plus en dedans une autre petite incision, dans la même direction que la première. Alors, afin de voir au fond de cette cavité, le sac herniaire fut tendu dans trois directions, à l'aide de pinces à disséquer; mais quand on voulut examiner l'intestin, il rentra dans la cavité du bas-ventre. Immédiatement après, il s'écoula par la plaie un verre environ de sérosité filante, jaunâtre; il en sortit autant à quatre ou cinq

reprises différentes, à chaque mouvement que faisait le malade; cette sérosité avait la couleur de l'urine, mais point l'odeur. Elle venait évidemment de la cavité du péritoine et tenait sans doute à une irritation propagée par continuité de tissu du sac herniaire à l'intérieur, irritation qui avait produit une augmentation de perspiration. Après le pansement, les hoquets, les nausées disparurent entièrement, les coliques diminuèrent peu-à-peu, la bouche cessa d'être amère. Pendant la journée, le malade ne rendit point de vents, point de matières fécales ; le ventre demeura tendu, un peu volumineux, et douloureux à la pression; il survint de temps en temps des coliques, cependant le pouls resta souple et mou, quoique fréquent. On pratiqua une large saignée, on donna des quarts de lavement pendant la nuit ; le lendemain, troisième jour depuis l'entrée du malade à l'hôpital, et le sixième de la maladie, le ventre était plus volumineux, plus douloureux et plus tendu. Il y eut dans la matinée deux petites selles de matières molles, noirâtres, fétides, à la suite d'un lavement ; vingt sangsues furent appliquées sur le bas-ventre, et l'on fit des fomentations émollientes. Dans la journée, le malade eut plusieurs selles peu abondantes et fétides ; le pouls resta petit et dur ; la face se décomposa de plus en plus : le malade perdit tout courage. Deux sinapismes furent appliqués aux pieds; la respiration devint difficile, stertoreuse; il y eut de l'agitation, du délire pendant la nuit. La mort arriva à sept heures du matin, quarante-six heures après l'opération.

Examen du corps. — Le péritoine était recouvert dans toute son étendue, d'une couenne albumineuse épaisse inférieurement, depuis le bassin jusqu'à la hauteur de l'ombilic, mince au-dessus, à peine sensible sur l'estomac, le foie et le diaphragme; point d'épanchement de liquide : les intestins étaient réunis en une seule masse par cette fausse membrane. Cette adhérence expliqua la difficulté du rétablissement du cours des matières fécales, ainsi que des gaz, et la distension considérable du ventre par ces derniers. La portion d'intestin grêle qui avait été pincée, était restée adhérente à la face postérieure de l'arcade et au pourtour de l'ouverture herniaire ; les deux tiers environ de son calibre avaient été pincés, un tiers était resté libre ; mais cet espace devait être intercepté par la saillie ou bride antérieure formée par la rencontre des bouts supérieur et inférieur vis-à-vis de la portion étranglée ; cette saillie devait être plus considérable au moment de l'étranglement, parce que les bouts

formaient un angle plus aigu : c'est peut-être la cause qui avait arrêté les matières fécales et les gaz. L'empreinte circulaire qu'avait laissée l'étranglement, était noirâtre, linéaire; tout l'espace qu'elle circonscrivait, était violacé, marbré, recouvert d'un léger enduit visqueux. Vers le centre, existait une tache blanche, ronde, de l'étendue d'une pièce de vingt sous : c'était une escarre qui s'étendait à toute l'épaisseur de l'intestin. Elle n'avait pas encore commencé à se séparer ; mais comme elle était placée vis-à-vis de l'ouverture herniaire, et que le reste de l'intestin était très-adhérent aux parties voisines, si le malade eût vécu, il ne se serait pas fait d'épanchement de matières fécales à l'intérieur, lors de la séparation de cette escarre.

TROISIÈME OBSERVATION.

Madame L*** portait depuis plusieurs années une hernie fémorale, dont elle n'avait jamais éprouvé beaucoup d'incommodités.

Cette hernie s'étrangla ; la malade n'allait plus à la selle, et éprouvait beaucoup de malaise. Bientôt de vives douleurs se manifestèrent dans la partie affectée et dans l'abdomen ; des vomissements survinrent et se répétèrent très-fréquemment : alors Mme L*** implora les secours de l'art.

Elle avait le pouls plein et dur; une sensibilité très-grande existait dans l'abdomen, qui s'était beaucoup tuméfié depuis deux heures. D'après la forme globuleuse , et l'incompressibilité de la tumeur, il était évident que tout effort pour réduire les parties sorties, serait infructueux.

On opéra immédiatement pour dégager l'intestin, et faire cesser l'étranglement.

Après avoir ouvert le sac herniaire, il en sortit environ une cuillerée de fluide, et une substance semblable à l'intestin se présenta. On fut bientôt convaincu que c'était un autre sac herniaire qui était renfermé dans l'intérieur du premier ; on l'ouvrit avec les plus grandes précautions : il contenait à-peu-près la même quantité de fluide que le premier, avec une petite portion d'épiploon et une anse de l'iléon. On débrida dans la direction de la branche horizontale du pubis, et la réduction des parties fut obtenue.

Dans une autre circonstance, M. Chevalier (1) a observé une hernie dans laquelle un sac premier était renfermé dans un second : c'était chez une

(1) Medico chirurgical Transactions, etc., tom. IV, pag. 322. — Two cases of strangulated femoral hernia, attented with some inusual circumstances ; by Thomas Chevalier.

femme de l'hôpital Saint-George, opérée pour une hernie étranglée, par M. Gunning. Après l'ouverture du sac, on aperçut une substance qui y était renfermée, et qu'on supposa d'abord être une portion de l'intestin; mais, en essayant d'en faire la réduction, on la trouva attachée à l'ouverture du sac. Hunter, présent à l'opération, reconnut par la pression que c'était une membrane mince et transparente, contenant un fluide sanguin, et l'incision de cette même membrane fit reconnaître un second sac, dans l'intérieur duquel se trouvait la partie étranglée, qui rentra facilement par une douce pression. Cette malade mourut d'une inflammation du péritoine. La dissection fit voir que l'ovaire gauche avait été la partie étranglée, et que l'inflammation s'était étendue dans toute la cavité de l'abdomen.

QUATRIÈME OBSERVATION.

Madame C * * * *, âgée de 54 ans, portait une hernie crurale du côté gauche, qui avait peu-à-peu acquis le volume d'une grosse noix. Elle était indolente, réductible en partie seulement, et ne causait d'autres incommodités que quelques légères coliques de temps à autre : aussi la malade négligea-t-elle de la contenir par un bandage. Il y avait quatre ans qu'elle était dans cet état, lorsqu'un jour elle éprouva une syncope qui fut suivie d'un tremblement universel; bientôt des coliques, des vomissements se manifestèrent, la tumeur devint dure, douloureuse, et augmenta de volume. La malade se coucha, et essaya pendant long-temps, mais sans succès, de la faire rentrer; enfin elle y parvint par des pressions très-fortes. Les accidents se dissipèrent bientôt après; la malade ne mit pas de bandage. Dans le cours des années suivantes elle éprouva, à diverses époques, plusieurs fois des accidents semblables. Toujours une syncope, suivie d'un tremblement général, en était le signe précurseur : les coliques, les vomissements, la douleur à l'aine, ne s'étaient jamais manifestés qu'après. Cependant ces accidents étaient bien moins intenses que la première fois, et se dissipaient d'eux-mêmes par vingt-quatre heures de repos. La tumeur augmenta un peu de volume, et cet accroissement fut tout entier irréductible; les coliques devinrent habituelles. Quinze ans après l'apparition de la hernie, la malade, qui vaquait à ses affaires, se sentit tout-à coup défaillir; ses jambes fléchissaient, ou tremblaient; elle était près de se trouver mal. Instruite par l'expérience, elle se coucha : sa

hernie était plus dure qu'à l'ordinaire, mais point douloureuse. Pendant la nuit, elle éprouva des anxiétés, un malaise général; sa hernie augmenta de volume, et le lendemain matin elle était dure, sensible au toucher, tendue, et résistait à tous les efforts de réduction : des coliques, des nausées, des vomissements se manifestèrent. Le pouls devint petit, fréquent, serré ; il y avait constipation.

La malade entra à l'Hôtel-Dieu le même jour : les tentatives de réduction ayant été inutiles, on pratiqua le soir même l'opération : les téguments furent incisés dans l'étendue de trois pouces, suivant la direction de l'arcade crurale ; trois feuillets membraneux, distincts les uns des autres, et ressemblant à autant de sacs herniaires, furent ouverts au moyen d'un bistouri conduit sur une sonde cannelée ; on découvrit alors une tumeur du volume d'une grosse noix, lisse, polie, humectée, rénittente, et présentant un aspect tellement semblable à celui de la surface externe de l'intestin, qu'on hésita à décider si c'était véritablement lui qui se présentait; dans le doute, on débrida de la manière accoutumée, mais sans toucher à cette tumeur ; on essaya la réduction. Ce ne fut qu'après cette partie de l'opération, qu'on reconnut que ce qu'on avait pris pour l'intestin, n'était autre chose que le sac herniaire lui-même; car, au lieu de rentrer, cette tumeur se vida presque en totalité. Une petite portion, qu'on reconnut appartenir à l'épiploon, resta adhérente à l'intérieur du sac. C'est cette même portion qui, avant que la hernie ne s'étranglât, formait la partie irréductible de la tumeur : on laissa le sac intact; on pansa la plaie comme à l'ordinaire; on fit donner à la malade du petit-lait avec des demi-lavements purgatifs : les vomissements et les hoquets cessèrent; la malade eut des coliques toute la nuit; on lui fit donner le lendemain une infusion de camomille. Elle éprouva dans la plaie des douleurs assez vives; l'appareil fut levé au quatrième jour; la plaie et ses environs étaient enflammés; des cataplasmes furent appliqués. Le sixième jour on fit cesser, par l'emploi d'un purgatif, les symptômes gastriques qui s'étaient manifestés. Une suppuration assez abondante fournie par la plaie, obligeait de réitérer le pansement deux fois par jour : le pus s'amassait entre les muscles qui s'attachent à l'épine antérieure et supérieure de l'os ilium. On soutint les forces de la malade par un régime fortifiant; le pus s'amassait toujours, malgré la compression méthodique, et malgré les cataplasmes. On pratiqua une contre-ouverture à

la partie externe et supérieure de la cuisse ; la collection de pus fut évacuée ; les bourgeons celluleux et vasculaires qui s'étaient élevés de l'extérieur du sac s'affaissèrent et se réunirent à ceux que fournissaient les lèvres de la plaie : tout fut cicatrisé en quelques jours. Les coliques, qui avaient été assez violentes les premiers jours, mais qui paraissaient tenir aux gaz qui remplissaient les intestins, disparurent. Aucun symptôme de péritonite ne se manifesta. La malade sortit parfaitement guérie, quatre-vingt-treize jours après son entrée à l'hôpital.

CINQUIÈME OBSERVATION.

Gautrot Bernard, âgée de cinquante-quatre ans, portière, fit un effort pour lever un fardeau ; une tumeur très-petite parut alors pour la première fois à l'aine droite. Cette tumeur molle et indolente rentrait facilement à la moindre pression.

Elle fit un nouvel effort pour ouvrir une porte ; aussitôt douleurs à l'aine, coliques qui forcèrent la malade à se mettre au lit ; elles augmentèrent ; le hoquet, les envies de vomir, les vomissements de quelques matières verdâtres se manifestèrent ; la constipation et un malaise général s'y joignirent ; mais tous ces symptômes étaient à un degré très-léger.

La malade vint à l'hôpital.

On tâcha de réduire la hernie ; le taxis devenant inutile, on pratiqua de suite l'opération à la manière ordinaire. Elle offrit de particulier une membrane accidentelle, extrêmement fine, au-dessous de laquelle était un tissu adipeux, qui simulaient assez bien une hernie épiploïque. Un examen attentif fit voir que cette membrane était accidentelle, et que le véritable sac herniaire se trouvait situé plus profondément. Après l'avoir découvert, il fut incisé ; un peu de sérosité rougeâtre s'en écoula, une anse d'intestin très-petite était pincée sous l'arcade crurale ; cette dernière ayant été coupée, l'intestin examiné et trouvé sain, on réduisit et l'on appliqua l'appareil ordinaire.

Après l'opération, tous les accidents disparurent.

La nuit qui suivit l'opération fut très-calme. La malade eut des selles copieuses et liquides, au moyen des lavements.

Le lendemain, on observa quelques douleurs fugaces dans l'abdomen,

un météorisme léger ; ces accidents furent de peu de durée, et, dès qu'ils eurent cessé, l'état de la malade fut toujours en s'améliorant.

Dès le troisième jour, elle commença à désirer des aliments, et le sixième jour, elle sortit de l'hôpital parfaitement guérie.

SIXIÈME OBSERVATION.

Hubert-Marie-Claude, âgée de soixante-sept ans, d'une taille ordinaire et d'une bonne constitution, portait depuis cinq ans une hernie fémorale du côté droit, survenue à la suite d'efforts, en tirant des seaux d'eau d'un puits. Cette hernie rentrait et sortait sans causer aucune incommodité, le bandage parut inutile. Tout-à-coup la malade fut prise de ce qu'elle appelait un débordement de bile et de vomissements bilieux ; ces accidents se développèrent quatorze jours avant son entrée à l'hôpital. Elle fut examinée, et l'on vit une tumeur située au-dessous de l'arcade crurale droite, de la grosseur d'une noix environ, dure, un peu douloureuse au toucher. La peau qui la recouvrait était tendue, mais de couleur naturelle.

Cette femme nous apprit que, depuis quatorze jours, elle avait cessé d'aller à la selle, et n'avait rendu ni vents, ni matières par l'anus. D'abord elle avait vomi pendant deux jours de suite, ce que l'on attribua à une turgescence bilieuse ; et pour cela, on lui ordonna de l'émétique en lavage. N'obtenant point d'évacuations intestinales, le même médecin prescrivit deux onces de manne, qui déterminèrent aussi des vomissements. Tous ces moyens paraissant sans effet, elle prit, par le conseil de gens étrangers à la médecine, un lavement d'urine, puis des lavements avec de la décoction de tabac et de jalap. Elle resta ainsi jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital. Quand elle y arriva, elle n'avait pas vomi depuis deux jours ; mais elle ne rendait ni vents, ni matières par l'anus. Elle avait des nausées et des rapports d'une odeur de gaz hydrogène sulfuré.

M. Dupuytren, considérant le temps depuis lequel durait l'étranglement, et craignant qu'en essayant les moyens de réduction, on augmentât l'état inflammatoire des parties de la hernie, pensa devoir faire de suite l'opération. Elle fut pratiquée de la manière suivante : L'opérateur, placé à droite, fit un pli à la peau perpendiculairement à l'axe du corps, et l'incisa. Chacune des lèvres fut soulevée avec la pointe d'un bistouri placé à son milieu ; on traversa l'épaisseur de la peau de dedans en dehors, et l'on rendit

ainsi l'incision cruciale. Le tissu lamineux fut divisé couche par couche, pour mettre la tumeur à nu. Un kyste celluloso-fibreux, dur et épais, se présenta d'abord, et fut ouvert crucialement. Au fond de l'incision parut le sac herniaire transparent, et comme parsemé de vaisseaux; il fut ouvert avec précaution; il ne contenait point de sérosité. L'épiploon, mis à découvert, parut sain. L'intestin était en arrière et en bas; il adhérait à l'épiploon par sa partie supérieure, plus dilatée que l'inférieure, et située plus en arrière. Il existait des adhérences entre l'épiploon et le collet du sac, circonstance assez commune, et qui rend difficile la détermination du lieu précis où l'anneau crural presse les parties. M. Dupuytren fit observer qu'il pourrait facilement débrider, en incisant entre l'intestin et l'épiploon, mais qu'il s'exposerait non-seulement à léser ce dernier, dont les vaisseaux donneraient lieu à une hémorrhagie inquiétante, mais encore à blesser une portion d'intestin qui pourrait se présenter au tranchant de l'instrument. Il ajouta, qu'en débridant entre le sac et l'épiploon, cela offrait plus de difficulté, mais qu'il éviterait les accidents dont nous venons de parler : c'est ce qu'il fit en introduisant son doigt, et en conduisant par-dessus la lame d'un bistouri convexe et boutonné. Il fit le débridement, il détruisit les adhérences de l'épiploon au sac, et celles de l'intestin à l'épiploon; il tira l'intestin au dehors pour juger de son état; car l'expérience lui a prouvé combien est dangereuse la réduction d'un intestin gangrené, soit dans l'étendue d'une anse, soit circulairement à l'endroit correspondant au collet du sac; mais on n'y trouva ni gangrène, ni rétrécissement, seulement l'intestin était rouge, et rendait du sang par exhalation lorsqu'on le pressait. M. Dupuytren, en comprimant légèrement cet intestin, le sentit se remplir de gaz, et se vider alternativement, ce qui fit penser que le canal intestinal n'était déjà plus intercepté. En conséquence, l'intestin fut réduit, et on laissa l'épiploon à l'entrée de la plaie.

On procéda ensuite au pansement. Une compresse trouée et enduite de cérat, de la charpie, une compresse triangulaire et le spica simplede l'aine, composèrent tout l'appareil. On éleva la tête, on fléchit les cuisses sur le bassin pour relâcher les muscles abdominaux.

La malade eut de légères coliques pendant la nuit. Un quart de lavement fut donné à onze heures, et procura des selles assez abondantes; mais ces matières parurent provenir seulement du gros intestin. Depuis l'opé-

ration, le hoquet, les envies de vomir, les rapports cessèrent entièrement; elle rendit beaucoup de gaz par l'anus. Le pouls devint régulier; le ventre resta un peu élevé et légèrement sensible.

Le lendemain, elle alla une fois à la selle; on lui mit sur le ventre des flanelles trempées dans une décoction émolliente. La nuit fut tranquille, et l'on obtint six heures de sommeil.

Le matin, M. Dupuytren la trouva bien; le pouls était régulier, les traits meilleurs, le ventre moins douloureux, plus souple. On prescrivit du petit-lait miellé et nitré, on continua les fomentations.

Le second jour, la malade eut une selle, et rendit des vents; le ventre devint souple de plus en plus.

La nuit fut moins bonne que la précédente, il n'y eut ni coliques, ni autres accidents; la malade ne dormit pourtant pas. Elle sua considérablement; le teint devint moins bon, l'œil moins vif; du reste, le pouls était modérément fort; le ventre souple et peu douloureux.

Le troisième jour, il y eut une selle; le ventre devint plus souple. La nuit se passa sans douleur, mais point de sommeil.

Le quatrième jour, même état satisfaisant; cependant, agitation légère, langue sèche (limonade vineuse).

La nuit point de sommeil, un peu de colique; le matin la langue restait encore sèche, le pouls fébrile.

Le cinquième jour, sommeil à plusieurs reprises pendant la nuit; le matin, aucun accident du côté de la hernie; mais la malade était faible; la peau sèche et chaude, la langue aride et noirâtre, le pouls petit. L'épiploon, resté au dehors, éprouva un genre de destruction particulier aux tissus abondants en graisse, et où l'inflammation s'établit difficilement. Il tomba dans une espèce de déliquium, et exhala une odeur fétide très-forte.

Le sixième jour, M. Dupuytren, considérant les symptômes d'adynamie qui venaient compliquer la maladie, ordonna une décoction de deux gros de quinquina édulcorée avec le sirop de gomme; sur la plaie, l'application de compresses trempées dans de l'eau-de-vie camphrée: la journée fut bonne.

Le soir, moins de sécheresse à la langue: nuit tranquille; la malade dormit; elle n'éprouva aucune colique.

Le septième jour, le matin, le pouls était bon, la langue moins sèche; l'épi-

ploon mortifié ne se détachait pas encore : on employa la poudre de quinquina avec du camphre ; même boisson.

Dans la journée et la nuit du septième au huitième jour, le pouls et la respiration offrirent un bon état ; le ventre était souple, point de coliques ; il y eut une selle.

Le matin du huitième jour, la langue n'était plus noire ni sèche.

Les neuvième, dixième, onzième, douzième et treizième jours furent très-bons ; la malade n'avait ni douleurs ni coliques, ni autres accidents. L'épiploon se détacha entièrement.

La plaie étant cicatrisée entièrement le vingt-cinquième jour, la malade sortit de l'hôpital parfaitement guérie.

SEPTIÈME OBSERVATION.

M***, âgée de quarante-huit ans, d'un tempérament nerveux, d'une forte constitution, mariée, portait une hernie crurale depuis douze ans, sans l'avoir jamais contenue par un bandage.

Elle fut prise tout-à-coup, et sans cause connue, de coliques violentes accompagnées de vomissements qui continuaient depuis trois jours lorsqu'elle implora les secours de l'art. Elle attribuait ces accidents à toute autre cause qu'à sa hernie. Instruit qu'elle en portait une, le chirurgien reconnut l'étranglement, et se détermina à l'opération, qui fut pratiquée sur-le-champ.

L'incision des téguments mit à découvert une membrane solide, résistante, de couleur grisâtre, que l'on crut être le sac herniaire ; on l'ouvrit, il en sortit quelque peu de sérosité, et l'on crut l'intestin mis à nu. Un examen plus attentif fit reconnaître que le sac herniaire n'était point incisé, tant parce qu'on ne sentait pas l'intestin isolé, qu'à cause d'un amas de sérosité assez considérable qui séparait l'intestin du véritable sac. L'incision de ce dernier montra l'intestin un peu gangrené. On pensa que la membrane, que l'on prit d'abord pour le sac, était un kyste formé par le tissu lamineux sous-cutané. On pansa la plaie simplement avec de la charpie. Pour boisson on donna du petit-lait, et l'on prescrivit un lavement émollient. Le même jour, à quatre heures du soir, la malade n'avait point eu d'évacuations ; elle se plaignait de douleurs dans l'ab-

domen; le pouls était fébrile. Prescription de deux lavements émollients, même boisson.

Dans la soirée, les lavements avaient déterminé une selle abondante d'excréments durs ; mais une tension, un gonflement considérables, avec douleurs très-vives, s'emparèrent de tout l'abdomen.

La nuit fut inquiète ; la douleur, la tension du ventre augmentèrent. Les fomentations émollientes et les lavements furent continués. Pendant le jour, il y eut une rémission des douleurs ; mais elles reparurent le soir, et furent accompagnées de sueurs abondantes.

L'état de la malade devint plus fâcheux ; la tension du ventre augmenta ; le pouls était petit et misérable.

A sept heures du soir, les sueurs froides abondantes, la prostration générale, annoncèrent une mort prochaine : elle arriva dans la nuit.

Examen du cadavre. On trouva le péritoine et les intestins très-phlogosés ; l'intestin formant hernie un peu gangrené et présentant une crevasse du diamètre d'une demi-ligne, qui avait donné issue à une petite quantité de matières stercorales épanchées dans la cavité abdominale et qui se mêla à une plus grande quantité de pus séreux produit par l'inflammation.

Le sac herniaire était entouré de glandes lymphatiques adhérentes et recouvertes par la membrane que l'on avait pris pour le sac en premier lieu.

HUITIÈME OBSERVATION.

Rouginas, âgée de trente-trois ans, portait une hernie crurale du volume d'une noix, depuis sa plus tendre enfance ; cette tumeur sortait et rentrait habituellement en totalité ; elle n'avait jamais été maintenue réduite par un bandage. Elle s'étrangla, il y a sept ans ; mais, par le taxis, on fit cesser les accidents de l'étranglement. Dès lors cette femme porta un brayer. La gêne qu'il causait lui en fit bientôt abandonner l'usage. En se levant, cette femme sentit sortir sa hernie ; elle éprouva peu après des coliques, des éructations, puis des nausées, des vomissements, des hoquets. Ne pouvant faire rentrer sa tumeur, elle vint de suite à l'Hôtel-Dieu, où elle fut admise. Elle prit un bain ; le chirurgien de garde ne pouvant réduire sa tumeur, appliqua des cataplasmes émollients.

Le soir, les accidents de l'étranglement persévéraient; la malade avait au-dessous de l'arcade crurale gauche une tumeur du volume d'un œuf, ronde, rénitente, circonscrite, élastique, irréductible, non fluctuante, sans chaleur, sans changement de couleur à la peau.

Depuis le moment de l'étranglement, il n'y avait point eu de selles, point d'expulsion de gaz. L'opération fut pratiquée de suite; temporiser eût été diminuer les chances de guérison; car il est bien constant que toutes les opérations de hernie crurale, faites dans les vingt-quatre heures de l'étranglement, sont presque toutes suivies de succès; que la réduction des hernies étranglées, sur-tout des hernies crurales, à l'aide du taxis, est rare, et le plus souvent impossible; que douze ou vingt-quatre heures dans l'espoir d'obtenir cette réduction, peuvent apporter des changements très-fâcheux dans l'état de la malade, et donner lieu à une péritonite, ou déterminer la gangrène de l'intestin; dans ce cas, le chirurgien se trouve réduit à opérer, lorsqu'il ne lui reste plus, pour ainsi dire, d'espoir de guérison.

La peau qui recouvrait la tumeur, fut divisée ainsi que le tissu lamineux sous-cutané, l'aponeurose et le tissu sous-aponeurotique; toutes ces parties furent disséquées par couches; un petit kyste séreux, à parois transparentes, développé au-devant du sac, qu'on eût pu prendre pour le sac même, fut reconnu et ouvert avec la pointe du bistouri; deux cuillerées à-peu-près de sérosité s'écoulèrent. Derrière ce kyste était placé le sac; il fut incisé; en le soulevant avec la pointe d'un bistouri tenu à plat, un jet de sérosité s'écoula de cette ouverture; elle fut agrandie avec des ciseaux. La hernie était un entérocèle; l'anse d'intestin avait trois pouces de longueur, elle était légèrement injectée, distendue par des gaz. On procéda au débridement; le bistouri boutonné tranchant sur sa convexité, conduit sur le doigt indicateur de la main gauche, fut engagé entre l'intestin et le collet du sac; son tranchant fut présenté à l'arcade, et le débridement fut opéré en un seul temps en haut et en dehors. L'intestin déplacé fut réduit sans amener préalablement à l'extérieur une plus grande quantité d'intestin, précaution nécessaire dans bien des cas, mais qui, dans celui-ci, était inutile, car l'étranglement était récent, et l'intestin très-légèrement phlogosé.

Les bords de la plaie furent rapprochés pour favoriser leur réunion par première intention; ils furent recouverts d'un linge troué, enduit de cérat,

on mit par-dessus un plumasseau de charpie, une compresse en triangle, le tout assujetti par un bandage en spica; on prescrivit pour boisson du petit-lait, on recommanda d'administrer des demi-lavements émollients, et de faire des fomentations; la diète fut rigoureusement observée.

Le lendemain matin, les symptômes d'étranglement avaient disparu; la malade avait eu une selle peu abondante, elle avait reposé : il existait un peu de céphalalgie et quelques coliques, mais le ventre était souple, et il offrait son volume naturel.

On continua l'usage du petit-lait, on prescrivit un purgatif composé de ℥ij d'huile de riccin, de ʒij de sulfate de soude dans ℥vj d'eau de camomille. Une saignée du bras fut ordonnée; le purgatif ne détermina point d'évacuations.

Le soir, la malade était très-bien, elle avait eu des selles abondantes. Le troisième jour, tous les symptômes généraux n'existaient plus.

Le quatrième jour après l'opération, l'appareil fut levé, la suppuration était en petite quantité, les bords de la plaie étaient rouges et tuméfiés.

Les jours suivants, la suppuration devint un peu plus abondante. L'inflammation diminua bientôt sensiblement; elle se dissipa, et la malade sortit de l'hôpital parfaitement guérie.

OBSERVATION NEUVIÈME.

Pinçon, âgée de trente-six ans, d'une bonne constitution, portait depuis un an une hernie crurale du côté droit, qu'elle négligeait de maintenir par un bandage. La tumeur ne rentrait jamais complétement, et conservait toujours le volume d'un œuf de pigeon. S'étant livrée à des travaux fatigants, elle éprouva, le lendemain, des coliques, des hoquets, des rapports, des nausées, et enfin des vomissements. Sa hernie avait pris plus de volume; elle lui causait de la douleur et ne pouvait plus être réduite.

La nuit suivante, ainsi que le lendemain, se passa dans le même état; elle n'alla pas à la selle, et ne rendit pas un seul vent par l'anus. Le surlendemain les vomissements recommencèrent : un chirurgien, appelé, essaya inutilement de réduire la hernie, et la malade entra le même jour à l'Hôtel-Dieu.

Sa hernie formait au-dessous de l'arcade crurale droite, une tumeur du volume d'un œuf de poule, dure, sans changement de couleur à la peau,

peu douloureuse, irréductible ; l'anxiété était peinte sur le visage de la malade ; le ventre, quoique souple, offrait un peu de sensibilité ; les rapports et les hoquets devenaient fréquents ; elle ne rendait ni vents ni matières par l'anus. On la mit au bain. Un cataplasme fut appliqué sur la tumeur, et l'on fomenta le bas-ventre avec des liqueurs émollientes. Elle vomit plusieurs fois dans la journée, et se plaignit de coliques très-fortes. L'opération fut pratiquée le soir même, le troisième jour de l'étranglement.

Une incision cruciale faite à la peau, l'on disséqua le tissu lamineux. Une artériole ouverte fut liée à ses deux bouts; on arriva à un kyste situé au-devant de la hernie ; on l'ouvrit d'abord par la ponction, puis crucialement : au fond, on aperçut une tumeur à parois fibreuses, élastique, formée par le véritable sac herniaire ; de son côté interne s'élevait une éminence de la grosseur d'une noix ordinaire, parfaitement transparente, et semblable à une grosse hydatide ; elle fut percée, et il en sortit une grande quantité de sérosité limpide ; en dedans existaient des brides qui la partageaient en plusieurs loges ; elle se confondait à sa base avec la partie fibreuse dont nous avons parlé, formée par le tissu lamineux condensé autour du sac, et éraillé, de sorte que c'était par cet éraillement de la partie fibreuse du sac, que passait la membrane séreuse qui formait à elle seule la tumeur hydatiforme, remplie de sérosité. L'éraillement était facile à distinguer inférieurement. Par l'ouverture de la tumeur séreuse, on était parvenu dans le vrai sac ; à l'aide d'une sonde cannelée et de ciseaux, on le coupa crucialement et on le déploya ; alors parut une anse d'intestin d'un rouge peu foncé. Le débridement fut fait en haut et un peu en dehors: l'intestin amené à l'extérieur n'offrant point d'altération, fut réduit. La malade pansée et placée convenablement, on lui prescrivit des lavements émollients, des fomentations sur l'abdomen, et pour boisson du petit-lait.

Les lavements déterminèrent dans la soirée des évacuations alvines ; pendant la nuit il y eut quatre selles ; les hoquets, les rapports, les nausées, les vomissements cessèrent ; elle dormit pendant plusieurs heures. Une très-grande quantité de sérosité imbiba les pièces d'appareil.

Le lendemain, la malade était dans un très-bon état ; le visage était bon, le ventre souple, et tous les symptômes d'étranglement avaient disparu. On supprima les lavements, et l'on continua les fomentations. L'état de la malade devint de plus en plus satisfaisant, les troisième et quatrième

jours. Les évacuations alvines eurent lieu sans obstacles ; on permit un peu d'aliments.

Le cinquième jour on leva l'appareil, la suppuration était bien établie ; on rapprocha les bords de la plaie un peu trop écartés. Dès lors tout alla bien, aucun accident ne survint, la plaie fut fermée, et la malade fut guérie trente-huit jours après l'opération.

Dans quelques cas, le sac lui-même simule les tumeurs qu'on sait pouvoir exister sur sa partie antérieure, et il forme des espèces de kystes contenant des liquides de nature variée.

DIXIÈME OBSERVATION.

Maillard, âgée de cinquante ans, d'une forte constitution, portait, depuis plusieurs années, une hernie crurale du côté droit, et ne la contenait pas. Elle ne rentrait qu'incomplétement, et ce qui restait au dehors avait la grosseur d'un œuf de pigeon : tel était l'état de cette femme, quand sa hernie augmenta de volume, devint douloureuse, et ne put pas rentrer : on essaya en vain de la réduire ; la malade éprouva des vomissements répétés et abondants.

Elle avait à l'aine droite une tumeur d'une forme tout-à-fait singulière, de la grosseur des deux poings réunis, s'étendant près du tubercule supérieur et antérieur de l'os coxal, et à la partie moyenne de la hauteur de la grande lèvre droite : cette tumeur avait au moins trois pouces de hauteur; sa surface était inégale et bosselée comme une tumeur squirrheuse des ganglions lymphatiques de l'aine. La peau n'avait pas changé de couleur, et n'était point adhérente. Les tubercules formant le sommet de la tumeur, offraient de la fluctuation, mais ne paraissaient pas communiquer ensemble. La base se rattachait à la partie moyenne de l'arcade crurale. Cette tumeur volumineuse était tendue et douloureuse, les vomissements n'avaient pas eu lieu depuis plus de douze heures; le ventre n'était nullement douloureux, et si peu sensible au toucher, qu'on pouvait, pour ainsi dire, le presser fortement sans causer le moindre malaise.

Il était bien constant, par l'augmentation subite de la tumeur, son irréductibilité complète, les hoquets, les vomissements de la malade, le défaut

d'évacuations alvines, que la maladie était une hernie étranglée. L'opération fut proposée à la malade, qui y consentit sans difficulté ; elle fut pratiquée de la manière suivante :

D'abord une incision fut faite longitudinalement, et l'on en pratiqua une seconde transversalement. Après avoir divisé la peau et le tissu lamineux, on arriva, par une légère ponction, dans la cavité d'une première bosselure. Il en sortit de la sérosité sanguinolente, s'élançant en un jet de la hauteur d'un pied; l'autre saillie, séparée de celle-ci par un enfoncement très-remarquable, ne se vida pas, ce qui prouva qu'elles ne communiquaient pas ensemble. Une autre incision fut faite à la seconde bosselure, de la cavité de laquelle il sortit également un jet de sérosité sanguinolente : les deux tumeurs s'affaissèrent, et l'on ne vit point les parties qui formaient la hernie.

On agrandit d'abord l'ouverture de la première bosselure. Le doigt introduit rencontra et fit sortir l'épiploon, puis se montra une bride qui séparait cette poche d'avec la deuxième. Une sonde de femme introduite ne put pénétrer d'une cavité dans l'autre; alors M. Dupuytren, à l'aide d'un bistouri boutonné concave, coupa cette bride falciforme, dont la section produisit un bruit très-distinct. Dès lors le liquide de la seconde poche passa dans la première; il en sortit même du sang noir et en caillot. Le doigt introduit de nouveau, sentit que sous ce repli intermédiaire aux deux cavités, il existait une anse d'intestin. Pour mieux le mettre à découvert, on agrandit la deuxième incision et on la prolongea jusque dans la grande lèvre elle-même, afin de ne pas laisser là un cul-de-sac où le pus aurait pu séjourner. L'espèce de pont qui séparait les deux cavités fut aussi divisé; de sorte qu'on vit le sac déployé dans toute son étendue. On reconnut alors qu'il était séparé en deux parties par une cloison falciforme. Dans la première se trouvait l'épiploon, dans la deuxième existait l'intestin, qui, en passant sous le bord libre de la cloison, la fermait et empêchait toute communication entre les cavités. L'anse d'intestin était assez considérable, mais ce qu'il offrait de particulier, c'est une couleur noire d'ébène la plus foncée. On s'assura qu'il n'était point gangrené, car on pouvait le remplir alternativement de matière et de gaz ; sans y apercevoir la moindre lésion. La membrane externe ne pouvait se soulever; sa consistance était ferme. Elle était à la vérité pénétrée de sang, mais point gangrenée. On la tira en bas et on s'assura qu'il n'y

avait, à l'endroit de l'étranglement, ni rétrécissement, ni escarre. La portion d'intestin, située au-dessus, était d'une couleur naturelle; le ventre n'offrait aucun signe d'inflammation; on débrida en haut directement, et on réduisit l'intestin. Toutefois, quoique persuadé qu'il n'y avait pas de gangrène, on le laissa près de l'ouverture extérieure, et une mèche de linge fut mise dans la plaie, afin que, s'il se faisait une crevasse, les matières pussent trouver un conducteur.

Une fois l'intestin réduit et l'épiploon laissé au dehors, on plaça sur la plaie un linge troué et enduit de cérat, par-dessus on mit de la charpie et des compresses triangulaires; le tout fut maintenu par un spica de l'aine.

La malade fut couchée, la tête élevée et les cuisses fléchies sur le bassin, au moyen d'un oreiller placé sous les jarrets. On lui prescrivit des quarts de lavements émollients, et de l'eau de graine de lin nitrée pour boisson.

Elle passa la nuit assez tranquillement, et reposa un peu. Elle n'eut ni hoquet, ni nausées, ni vomissements; mais elle n'alla point à la selle et ne rendit pas même de vents. Le ventre n'était ni tendu ni sensible. La malade seulement se plaignait d'une douleur au côté droit de la poitrine, à la hauteur des fausses côtes; elle dit aussi éprouver le sentiment d'une grande faiblesse; cependant son pouls était assez fort, le visage bon, l'œil vif; en un mot, son état dépendait plutôt de l'oppression des forces que de leur diminution. On pratiqua au bras une saignée de deux palettes, qui fit disparaître le point de côté.

Sur les deux heures de l'après-midi, la malade ressentit des douleurs atroces dans le ventre, en même temps le pouls était petit, la face pâle et portant l'empreinte de la douleur; le ventre était volumineux, l'œil presque éteint; les membres se couvrirent d'une sueur froide et visqueuse. On fit mettre la malade au bain; elle parut y devenir très-faible. Dès lors on perdit l'espoir de la sauver, et elle expira le même jour à sept heures du soir, vingt-quatre heures après l'opération.

Cette terminaison funeste aurait pu étonner, si l'on n'avait su à quelle cause l'attribuer; mais il paraissait évident que la malade avait succombé à une péritonite sur-aiguë, quoiqu'elle n'en eût offert des signes que très-peu de temps avant sa mort. On avait observé déjà un assez grand nombre

de fois, dans les salles de médecine de l'Hôtel-Dieu, de pareilles péritonites sur-aiguës pendant la constitution inflammatoire régnante, et plusieurs individus avaient été enlevés subitement.

On fit l'examen du cadavre afin de dissiper les doutes : il n'y avait ni gangrène ni épanchement. La partie d'intestin réduite était d'un noir foncé ; on n'y aperçut pas la moindre perforation, car les gaz ne s'échappaient pas ; mais ils sortaient de suite lorsqu'on faisait avec la pointe d'un bistouri la plus légère piqûre.

On reconnut que la mort avait été produite par une péritonite sur-aiguë, car on vit une rougeur vive, de toute l'étendue du péritoine, et l'on trouva une assez grande quantité de sérosité sanguinolente épanchée dans le petit bassin et dans les hypochondres.

ONZIÈME OBSERVATION.

Cogni, âgée de soixante-cinq ans, portait, depuis huit ans, une hernie crurale du côté droit, qui sortait ou rentrait avec facilité et sans causer la moindre incommodité ; ce qui fit que cette femme négligea de porter un bandage. Le 16 et le 17 juin 1816, elle se fatigua beaucoup, contre son ordinaire, à rester debout et à marcher. Le 18 au matin, elle s'aperçut que sa hernie était plus volumineuse que d'ordinaire; elle ne put la faire rentrer ; elle se leva et ressentit des douleurs à la tumeur et des coliques assez fortes ; elle alla à la selle une fois dans la journée, rendit des vents par bas, mais eut aussi des nausées, quelques rapports gazeux, et elle vomit une gorgée de bile. Tel était son état le 18 au soir, quand elle se fit transporter à l'Hôtel-Dieu.

On reconnut, vers l'arcade crurale droite, une tumeur oblongue de la grosseur d'un œuf de pigeon, dure, mobile, sans changement de couleur à la peau, douloureuse au toucher ; le ventre était tendu et volumineux, mais sans douleur. On ne put réduire la hernie. Il était évident qu'elle était étranglée ; mais les symptômes n'étaient pas très-pressants. La malade avait eu des évacuations alvines. On n'opéra donc pas de suite. La malade fut portée au bain, dans lequel elle rendit beaucoup de gaz par l'anus. On mit un cataplasme émollient sur la hernie, et l'on donna deux lavements purgatifs par fractions.

Le lendemain elle passa une assez bonne nuit; mais elle n'eut point d'évacuations alvines ; les nausées et les vomissements ne reparurent pas. On prescrivit un bain, les cataplasmes émollients, les lavements purgatifs. Le premier lavement causa des coliques, et la malade vomit; on la porta au bain. Le reste du jour, elle fut assez bien, mais ayant toujours par en haut des rapports gazeux ; le ventre se tendit et devint volumineux. M. Dupuytren, observant que les vomissements et le hoquet persistaient malgré la continuation du cours des matières fécales, reconnut que l'intestin était étranglé dans une partie de son diamètre, et conséquemment il se décida à opérer.

On pratiqua, sur la tumeur, une incision cruciale. On incisa ensuite en dédolant le tissu lamineux et un feuillet aponeurotique. Un vaisseau fut divisé et lié. On arriva à un sac de couleur bleuâtre, lisse, offrant de la fluctuation. On l'incisa et il en sortit un jet de sérosité sanguinolente; l'ouverture fut agrandie. Autour de ce sac était une tumeur dure, rénitente, ayant à sa surface une multitude de franges, et offrant un aspect fibreux. Cela ne ressemblait en rien, ni à l'intestin, ni à l'épiploon. Etait-on dans le sac herniaire, ou bien dans un kyste accidentel ? le doigt, introduit dans le fond, trouvait une sorte de cul-de-sac, et il n'y découvrait ni d'étranglement, ni une ouverture de communication avec la cavité abdominale. M. Dupuytren vit bien qu'il n'avait pas encore intéressé le sac herniaire; il fit une légère ouverture à la surface du corps arrondi, situé au fond de la première poche. Ayant divisé un feuillet, il sortit un peu de sang, et l'on en vit de coagulé, mais en petite quantité. Ce qu'on venait de diviser était le véritable sac herniaire, qui adhérait à l'intestin dans une grande partie de son étendue. Les adhérences furent détruites avec le doigt, et alors parut l'intestin lui-même; il ne formait pas une anse complète, mais une partie de son diamètre était pincée. On maintint le sac au dehors. Un bistouri concave boutonné fut conduit sur la pulpe du doigt index, et l'on débrida en haut et en dehors. L'intestin put alors être amené à l'extérieur. Nous vîmes que la partie pincée était d'un rouge foncé; le reste de couleur naturelle. Cette disposition expliqua comment cette femme, malgré l'étranglement, pouvait aller à la selle, et rendre des vents par l'anus. L'intestin fut réduit, et la malade pansée convenablement; on lui prescrivit un bain, un lavement laxatif et du petit-lait.

Immédiatement après l'opération et avant le bain, elle eut des évacuations alvines très-abondantes; elle en eut aussi dans le bain et pendant la nuit, de sorte que les lavements n'étant plus jugés nécessaires, ne furent pas administrés ; elle dormit assez bien.

Le premier et le deuxième jour après l'opération, aucun symptôme d'étranglement ou de fièvre ne parut; point de frisson, point de douleurs au ventre. Cependant, le soir, celui-ci se trouvant ballonné, sonore, mais sans douleur, M. Dupuytren ordonna l'infusion de valériane et celle de fleurs de camomille.

Le troisième jour au matin, la malade avait reposé pendant la nuit; le ventre était souple. La journée et la nuit furent bonnes.

Le quatrième jour, le bon état continuait.

Le cinquième jour au matin, la suppuration bien établie, et louable; déjà les bords de la plaie se rapprochaient. La malade alla de mieux en mieux.

Les sixième, septième et huitième jours, la plaie fut parfaitement cicatrisée; et quarante-deux jours après son opération, la malade sortit de l'hôpital.

Le sac peut être formé de plusieurs feuillets membraneux appliqués les uns sur les autres, ou n'offrir que le péritoine seul. Alors il est transparent, mince, et il devient difficile de le distinguer de l'intestin, si ce n'est par les vaisseaux superficiels qu'on voit se répandre sur sa surface (1). Chez un sujet, M. Ch. Bell a rencontré le sac d'une telle ténuité et transparence, qu'après la réduction de l'intestin, la sérosité sortant de l'abdomen, remplit le sac et le fit ressembler à une hydatide (2).

Les différentes parties de la poche, dont nous parlons, n'ont pas la même épaisseur; son col est souvent épais, ferme, résistant et dur, comme cartilagineux, tandis que son corps est mince et transparent. Dans les hernies volumineuses, le sac est assez ordinairement aussi mince que le péritoine; et quelquefois il est si tendre, qu'il peut, suivant

(1) Charles Bell, surgical Observations, etc.

(2) Part. II, of surgical Observat., being a quartely report of cases in surgery, London, 1816.

M. Monro (1), se déchirer par les seuls efforts de la toux. Cependant, le défaut d'épaisseur du sac herniaire a été remarqué plus fréquemment dans les hernies ombilicales que dans les autres.

Le sac herniaire peut aussi quelquefois acquérir une grande épaisseur, et devenir cartilagineux et même osseux, ainsi que les observations suivantes le démontrent.

DOUZIÈME OBSERVATION.

Lepec, âgée de quarante ans, d'une constitution délicate, n'avait jamais eu aucune hernie; seulement elle ressentait de la douleur derrière l'arcade crurale, chaque fois qu'elle éprouvait quelque fatigue ou faisait quelque effort. Elle fut prise d'un rhume intense, qu'elle négligea, et qui dégénéra en catarrhe pulmonaire chronique, marqué par une toux fréquente et forte, accompagnée d'une expectoration difficile de crachats visqueux. A chaque quinte qu'elle éprouvait, elle ressentait de la douleur à l'arcade crurale, mais elle affirmait qu'il n'y avait rien d'apparent.

Le 6 juillet 1816, au milieu d'efforts de toux, plus violents et plus répétés que d'ordinaire, elle ressentit une vive douleur à l'arcade crurale droite, et, pour la première fois, elle y distingua une tumeur dure et fort douloureuse, qu'elle essaya vainement de faire rentrer. D'après son récit, il paraissait que sa hernie s'était formée et étranglée tout-à-la-fois, ce qui est assez rare.

Cette femme, peu de temps après l'apparition de sa tumeur sous l'arcade crurale, ressentit de vives coliques, de l'anxiété, des nausées et des vomissements. Le lendemain, mêmes douleurs, vomissements fréquents de matières bilieuses, point de selles depuis la veille.

Un chirurgien fut appelé; il fit d'inutiles manœuvres pour réduire la hernie; il prescrivit l'application de cataplasmes émollients, et de prendre quelques lavements, ainsi que des boissons adoucissantes.

Le surlendemain, quarante-huit heures après l'étranglement, les vomissements continuaient; alors la malade se fit transporter à l'Hôtel-Dieu.

(1) A. Monro, the morbid Anatomy, etc. Pipelet fils a communiqué à l'académie royale de chirurgie une observation de hernie fémorale avec étranglement, où le sac herniaire se rompit subitement.

M. Dupuytren, à l'inspection de la tumeur dure, tendue, douloureuse, irréductible, et aux symptômes éprouvés, reconnut aisément une hernie crurale étranglée ; il instruisit la malade de la nécessité d'une opération, l'y décida, et la pratiqua de suite de la manière suivante : Une incision cruciale fut faite à la peau. On disséqua le tissu lamineux, et on arriva bientôt au sac ; on l'ouvrit par ponction ; beaucoup de sérosité rougeâtre en sortit ; puis il fut incisé crucialement. Il était si épais, que de fort ciseaux le divisaient avec difficulté. Ses angles se renversaient en formant des plis arrondis et durs, ressemblant parfaitement aux cartilages tarses des paupières. Cette épaisseur du sac indiqua que la hernie était fort ancienne, et fit douter que la malade eût dit vrai, en prétendant n'avoir jamais aperçu sa hernie avant l'étranglement. Au fond du sac paraissait une anse d'intestin d'un rouge foncé. Le doigt index, porté entre lui et l'arcade, servit à couvrir la lame d'un bistouri boutonné. Le débridement fut fait en haut directement, et arracha une plainte à la malade qui, jusqu'alors, avait témoigné peu de sensibilité. L'intestin tiré un peu au dehors, ayant été trouvé sain dans tous ses points, on le réduisit ; puis on pansa convenablement, et l'on ordonna des lavements émollients et une boisson adoucissante. Un quart d'heure après l'opération, et avant qu'on eût donné des lavements, la malade alla abondamment à la selle ; les évacuations se répétèrent encore deux fois jusqu'au lendemain. Elle passa une bonne nuit.

Les premier, deuxième, trioisème et quatrième jours furent très-heureux ; les accidents d'étranglement avaient disparu ; le ventre était souple. L'appareil fut imbibé d'une très-grande quantité de sérosité ; le cinquième jour, la suppuration était bien établie et de bonne qualité. Les angles de la plaie restant fort écartés, on les rapprocha au moyen de tampons de charpie, et, dès le second pansement, la plaie prit le meilleur aspect possible ; dès lors la guérison fut certaine. En effet, depuis ce temps, la malade n'éprouva aucun accident ; son catarrhe même disparut, et la plaie était fermée trois semaines après l'opération.

TREIZIÈME OBSERVATION.

Adelonne, âgée de quarante-sept ans, portait, depuis douze années, une hernie crurale du côté gauche, qui rentrait complétement, et qu'elle maintenait par un bandage. Le 13 octobre 1816, ayant fait des efforts pour porter du fruit, sa hernie sortit par-dessous le bandage, devint volumineuse, douloureuse et irréductible; bientôt elle éprouva des coliques, des nausées, des hoquets, des rapports, et enfin des vomissements. Dans la même journée, elle alla quatre fois à la selle; la nuit elle continua à vomir; le lendemain, elle appela un chirurgien qui tenta inutilement de réduire la hernie. Un bain et un cataplasme furent aussi employés sans succès. La malade se fit transporter à l'Hôtel-Dieu le soir même de ce jour, 14 octobre.

Dans le courant de cette journée, elle n'avait cessé de vomir; elle n'avait rendu par bas, ni vents, ni matières. Le soir, les hoquets, les rapports, les vomissements, se succédaient sans interruption; en conséquence l'opération fut sur-le-champ pratiquée. La hernie formait, au-dessous de l'arcade crurale gauche, une tumeur longue de quatre travers de doigt, haute d'un pouce, offrant supérieurement une bosselure dure, formée par des ganglions lymphatiques engorgés, puis une autre saillie séparée de la première par un enfoncement, plus molle et élastique; les vaisseaux cruraux étaient en dehors.

Une incision longitudinale, prolongée au-dessus et au-dessous de la tumeur, fut faite à la peau, et l'on disséqua le tissu lamineux. On divisa plusieurs couches de ganglions engorgés, et un tissu adipeux, condensé. On arriva bientôt au sac, auquel on fit d'abord une légère ponction, par laquelle s'écoula un jet de sérosité limpide, puis on l'incisa crucialement; une artériole fut divisée et liée. Le sac était épais et fort dur; on le déploya, et l'on vit alors une anse d'intestin d'un rouge brun. Entre lui et le collet du sac, existaient des adhérences que l'on détruisit, puis, sur la pulpe de l'index, on introduisit, sous l'arcade crurale, la lame d'un bistouri boutonné, et on débrida en haut directement. L'intestin fut alors facilement attiré au dehors; trouvé sain, quoique un peu rouge, on le réduisit, et la malade fut pansée et placée convenablement. Des demi-lavements simples et de l'eau de veau lui furent prescrits. Au deuxième lavement, elle eut d'abondantes évacuations alvines.

Le premier jour après l'opération, elle eut encore plusieurs selles, mais elle éprouva quelques rapports, sans nausées ni vomissements. Malgré ce bon état, la malade avait l'air étonné et inquiet; elle paraissait mécontente de sa position. Le ventre était un peu élevé et sensible, mais elle n'avait point eu de frisson, et n'éprouvait pas les douleurs qui caractérisent une inflammation. Dans la journée elle eut deux selles; le soir, le ventre ayant paru plus volumineux et plus douloureux, sur-tout du côté gauche, on y fit des fomentations émollientes. De la limonade fut donnée pour boisson ordinaire. La malade eut du sommeil pendant la nuit.

Les deuxième et troisième jours, la malade n'éprouva que quelques rapports; le ventre devint souple et cessa d'être douloureux; des évacuations abondantes de matières et de gaz eurent lieu par l'anus; l'urine coula facilement. Les nuits furent bonnes.

Le quatrième jour, cessation des rapports, apparition des règles.

Le cinquième on leva l'appareil; la plaie était en bon état, seulement la lèvre externe un peu tuméfiée; la journée fut bonne. La nuit elle eut le dévoiement.

Le sixième jour, la malade eut l'air abattu, le pouls petit et faible; la figure jaune, la langue sèche; les règles coulaient abondamment, et la malade se plaignait toujours de dévoiement. On lui donna un peu de vin sucré, des bouillons, une côtelette. Dans la journée il y eut huit selles. Le soir, on permit une crême de riz.

Le septième jour, on trouva la lèvre interne de la plaie, tuméfiée et rouge; un cataplasme émollient y fut appliqué. Le dévoiement s'apaisa; les forces se relevèrent, mais l'appétit ne revenait pas.

Bientôt le dévoiement s'arrêta, l'appétit et le libre exercice des fonctions digestives reparurent. La plaie se cicatrisa parfaitement, et un mois après son opération la malade sortit guérie de l'hôpital.

QUATORZIÈME OBSERVATION.

Une femme, âgée de soixante-neuf ans, maigre, d'ailleurs très-bien portante, avaitdu côté droit une hernie crurale qui rentrait d'elle-même, lorsqu'elle se couchait ou exerçait la moindre pression sur la tumeur.

Un matin, ayant fait un effort, elle sentit sa hernie sortir; aussitôt des

douleurs qui ne firent qu'augmenter jusqu'au soir, et qui furent sans doute exaspérées par les tentatives de réduction, se manifestèrent.

Portée le soir à quatre heures à l'hôpital, la malade souffrait toujours : elle n'avait point eu de vomissements ni de selles depuis que les douleurs avaient commencé.

La tumeur était très-volumineuse, bosselée, assez molle, mais un peu rénitente; le pouls était comme dans l'état naturel.

La malade se refusant à l'opération, on crut ne pas devoir insister, parce que l'étranglement n'existait que depuis très-peu de temps, que la mollesse de la tumeur et l'état du pouls n'annonçaient pas un étranglement décidément inflammatoire. On mit un coussin sous ses jarrets, on se contenta de prescrire des quarts de lavements, du petit-lait pour boisson, un cataplasme émollient sur la tumeur, et des fomentations sur le ventre.

Les douleurs augmentèrent dans la nuit; le lendemain matin, l'opération ayant été jugée nécessaire, on la pratiqua à huit heures, de la manière suivante :

Après avoir fait un pli transversal à la peau, et l'avoir divisé perpendiculairement, on incisa avec la sonde cannelée et le bistouri plusieurs couches celluleuses; avec les pinces à disséquer et le bistouri, on en enleva de petites portions pour parvenir plus facilement dans le sac, d'où s'écoula un demi-verre d'une sérosité sanguinolente; on incisa alors la lèvre interne de la plaie à l'aide d'un bistouri porté de dedans en dehors, et avec la pointe duquel on perça d'abord le sac, puis la peau. Pour la lèvre externe, on commença l'incision par son bord, et on la prolongea, en incisant en même temps la peau et le sac jusqu'auprès des adhérences de celui-ci avec les parties sorties : là on le trouva ossifié dans plusieurs endroits; il y avait même des portions osseuses d'une assez grande étendue.

Les parties qui s'offrirent lorsqu'on eut incisé le sac, furent une assez grande masse d'épiploon qui parut saine à l'extérieur, et qui formait à elle seule la plus grande partie de la tumeur; en la soulevant, on vit au-dessous, un peu du côté externe de la tumeur, une anse d'intestin grêle, longue de quatre à cinq pouces : elle était livide et même noirâtre. Le doigt indicateur, introduit jusqu'au lieu de l'étranglement, servit de conducteur à un bistouri boutonné et recourbé; l'opérateur détruisit l'obstacle, et après ce débridement, il fut aisé de faire rentrer l'intestin.

Quant à l'épiploon, on ne fut pas d'avis de le faire rentrer entièrement, sans doute parce qu'il y en avait au dehors une trop grande quantité. On lia donc plusieurs artères vers le milieu de la portion sortie ; on retrancha à-peu-près la moitié de l'épiploon ; on détruisit, à l'aide de ciseaux, des adhérences anciennes que le reste de l'épiploon avait contractées avec le sac près du lieu de l'étranglement, dans l'intention de réduire en totalité ce qui restait ; mais on ne le fit rentrer qu'en partie, sans doute parce que d'autres adhérences plus profondes, et qu'il aurait été impossible d'atteindre, en empêchèrent, ou parce que l'épiploon laissait toujours transsuder du sang ; on mit tout autour entre lui et le sac des bourdonnets de charpie, pour absorber celui qui pourrait s'écouler encore, et pour l'empêcher de pénétrer dans l'abdomen ; enfin, pour mieux fixer l'épiploon à la plaie, on enveloppa les ligatures avec un linge, l'épiploon fut recouvert d'une compresse fenêtrée, on retrancha la portion du sac ossifiée, on le remplit de charpie, et on en appliqua d'autre à l'extérieur ; elle y fut maintenue avec des compresses et une longue bande, à l'aide de laquelle on fit le spica de l'aine ; un coussin fut placé sous les jarrets ; on prescrivit du petit-lait pour boisson, des quarts de lavements, et des fomentations émollientes sur l'abdomen.

La malade fut calme après l'opération ; elle eut deux petites selles liquides ; le soir, elle vomit deux fois, mais peu.

Le lendemain, le hoquet qui avait paru quelquefois pendant la nuit et les coliques fatiguaient la malade, qui n'avait point eu de selles ; le ventre était ballonné, douloureux à la pression du côté de la plaie ; la force et la fréquence du pouls, la rougeur de la face et la chaleur de la peau s'étaient manifestées depuis la veille et n'avaient fait qu'augmenter.

Dans la nuit du second au troisième jour, il y eut des vomissements de quelques gorgées d'un liquide noirâtre ; il y eut deux petites selles liquides, de même couleur, et d'une odeur très-fétide.

Le troisième jour, les coliques et les hoquets continuèrent, l'abdomen était plus distendu, la face moins rouge, la peau moins chaude ; le pouls diminua de force et de fréquence, la langue devint un peu brune vers son milieu, mais sans aucun enduit.

On continua les mêmes moyens, et l'on prescrivit en outre l'application de douze sangsues à l'anus.

Le cinquième jour, le hoquet et les envies de vomir persévéraient, le ventre augmentait toujours de volume; on pansa la plaie, dont les lèvres, ainsi que l'épiploon, étaient boursouflées et dures.

Le sixième jour, le hoquet et les autres accidents persistaient; le soir, à quatre heures, la peau devint froide; il y avait sur tout le corps et principalement au visage une sueur visqueuse; le pouls fut imperceptible, les fonctions intellectuelles paraissaient intactes, et la malade mourut.

Examen du corps. Le ventre était distendu et résonnait par la percussion, sur-tout du côté gauche.

Au-dessus de la plaie, et un peu plus en dehors, les parois de l'abdomen étaient bleues, mollasses; on croyait distinguer un foyer purulent dans leur épaisseur; on incisa, mais il n'en sortit rien : cette partie était infiltrée, la peau qui la recouvrait était gangrenée.

Lorsqu'on ouvrit l'abdomen, il s'en dégagea beaucoup de gaz; le diaphragme avait été repoussé si haut vers la poitrine, que le diamètre vertical de cette cavité était diminué de moitié.

L'épiploon fut tiré vers la plaie, dans laquelle il était engagé et comme fixé. En le soulevant, on vit derrière la plaie une anse du colon transverse qui y avait été entraînée par l'épiploon, et qui était livide et gangrenée dans une étendue de deux pouces seulement du côté qui touchait la plaie. Au-dessous de celui-ci était une anse formée par la portion moyenne de l'iléon; c'était la partie qu'on avait vue à l'extérieur pendant l'opération; elle était gangrenée dans la totalité de son calibre, dans l'étendue de quatre à cinq pouces, et déchirée dans un point. Enfin, vers l'angle inférieur de la plaie et à droite, il y avait une autre anse formée par la portion de l'iléon; elle était noire et gangrenée dans l'étendue de deux ou trois pouces. Après avoir soulevé toutes ces parties, on vit derrière la plaie, dans la cavité du bassin, un foyer rempli d'un pus rougeâtre, infecte, formé par ce qui avait pu suinter de la plaie à l'intérieur, et de la matière sanieuse qui s'était écoulée des intestins déchirés.

Le colon était resserré sur lui-même, et n'était pas plus gros que le doigt, quoiqu'il contînt des matières dures jusqu'auprès du rectum.

Tout l'intestin grêle paraissait un peu rouge.

L'épaisseur du sac n'est pas toujours proportionnée au volume de la tumeur. C'est ainsi qu'on voit de petites hernies fémorales avoir un sac d'une épaisseur considérable et d'une consistance cartilagineuse.

Le sac herniaire peut manquer dans le mérocèle par deux causes différentes : cette absence du sac peut tenir au mode de sortie des parties, ou à leurs rapports avec le péritoine dans l'abdomen. C'est ainsi qu'on conçoit l'existence de hernies formées par le cæcum ou par la vessie sans la présence d'un sac ; mais, dans d'autres circonstances, le sac peut avoir enveloppé les parties et disparaître plus tard. On a cherché à expliquer ce phénomène par l'adhérence intime du sac avec l'intestin. Il est reconnu que, dans ces cas, la disparition du sac dépend de ce qu'il s'est résous en tissu lamineux, et l'on sait que les membranes séreuses sont en grande partie formées par ce tissu. M. Monro dit que le sac s'efface à mesure que la hernie prend de l'accroissement; et M. le professeur Dupuytren pense aussi que cette transformation, d'une membrane séreuse en tissu lamineux, peut assez facilement être produite.

La description que nous donnerons du conduit crural et des ouvertures par lesquelles les viscères peuvent sortir pour donner lieu à la hernie fémorale, fera connaître les rapports du sac avec les parties environnantes (1). La tumeur se trouve située entre les deux feuillets que présente en haut et en avant l'aponeurose fémorale, pour former par cet écartement un canal à deux ouvertures; l'une supérieure ou pelvienne, et l'autre inférieure ou fémorale. Cette dernière, de figure ovalaire, est recouverte par le faisceau superficiel, et son contour offre en dehors un repli que Burns appelait le *processus falciformis*. La veine tibio-malléolaire (saphène interne) pénètre par cette ouverture pour aller s'ouvrir dans la fémorale.

J'ai constamment vu la tumeur herniaire occuper le canal crural et correspondre au muscle sus-pubio-fémoral par sa face postérieure, à la veine fémorale par son côté externe, aux muscles pubio et sous-pubio-fémoraux par son côté interne. A l'orifice supérieur du conduit crural, elle a des rapports en dehors avec la veine fémorale ; en dedans, avec le ligament de Gimbernat ; en bas, avec le feuillet de l'a-

(1) Voyez les considérations anatomiques qui précèdent l'histoire de l'opération de la hernie fémorale.

poneurose crurale qui recouvre le muscle sus-pubio-fémoral; en haut, avec le bord inférieur de l'aponeurose du muscle lombo-abdominal qui forme une ligne oblique analogue à celle que le costo-abdominal offre à l'extérieur, et que l'on nomme ligament de Poupart. A l'orifice inférieur du canal crural, le sac a pour connexion en dehors, le *processus falciformis* et la veine fémorale; en dedans, les muscles pubio et sous-pubio-fémoraux; en avant, le fascia superficiel et des ganglions lymphatiques; en arrière, la portion de l'aponeurose fascia-lata qui tapisse la face postérieure du conduit crural (1), et qui pénètre dans l'abdomen en recouvrant le muscle sus-pubio-fémoral pour aller s'unir à l'aponeurose pelvienne ou fascia-iliaca.

Si la tumeur prend un plus grand développement, elle sort par l'orifice inférieur du conduit crural, dépasse son pourtour pour se porter directement en avant. Quelquefois elle se dirige en bas, et couvre la veine tibio-malléolaire (saphène interne); d'autres fois elle passe sur le *processus falciformis*, se place en dehors ou remonte vers le bord inférieur du muscle costo-abdominal. Cette dernière disposition en a peut-être imposé à quelques chirurgiens qui ont pensé que, dans cette circonstance, le sac était situé devant les vaisseaux fémoraux, et même entre les vaisseaux et le tubercule antérieur et supérieur de l'os coxal. Quelques personnes assurent que, dans quelques cas, le sac glisse devant les vaisseaux fémoraux (2).

(1) Paries sacci hernialis posticus mediante postico canalis pariete maximam partem pectineo musculo, atque extrorsum venæ crurali incumbit, parieti denique canalis antico firmius, quàm postico, collum adhæret. Hesselbach, pag. 44.

(2) In universum quidem, tractum vasorum iliacorum eorumque vaginæ hernia cruralis sequitur, neque tamen semper eodem loco adest. Callisen, Systema chir. hodiernæ, t. II, p. 608.

Richter pense que les parties peuvent se trouver en dehors des vaisseaux iliaques, et quelquefois devant les mêmes vaisseaux. Traité des hernies, pag. 242.

J. L. Petit, Traité des malad. chir., tom. II, pag. 249, et Sabatier, tom. I, pag. 143, prétendent que le sac de la hernie crurale descend, dans quelques cas, au-devant des muscles prélombo et iliaco-trokantiniens.

Chopart et Desault assurent que la tumeur peut se placer près de l'épine supérieure de l'os coxal, ayant les muscles prélombo et iliaco-trokantiniens en arrière et les vaisseaux fémoraux, ainsi que l'artère sus-pubienne, à son côté interne. Traité des maladies chirur., tom. II, pag. 195.

Callisen (Acta societatis medic, haun., tom. II, cas. I, pag. 321) dit cependant avoir

Je ne veux point nier des choses qui sont avancées par des chirurgiens qui font autorité ; mais je doute que leur opinion ait toujours été la conséquence de l'examen anatomique des parties. Ce que j'ai vu me porte à présumer qu'ils se sont trompés ; et mon sentiment se fortifie encore de ce que disent MM. Cooper et Hesselbach, qui ont disséqué les parties avec le plus grand soin, et qui les ont représentées (1).

Si je me suis bien expliqué, on doit voir qu'excepté la partie supérieure et externe du fascia-lata formant le *processus falciformis*, qui, se prolongeant en haut, s'engage sous le bord du muscle costo-abdominal pour aller s'unir à l'aponeurose du muscle lombo-abdominal, le sac de la hernie fémorale n'est, dans aucun point, recouvert par l'aponeurose fascia-lata, et que beaucoup d'auteurs ont commis une erreur en disant que la tumeur était toujours placée derrière cette aponeurose (2).

trouvé, sur une femme de quarante ans, affectée de mérocèle, pour laquelle il fit l'opération, le sac herniaire situé entre les muscles pectiné et psoas.

Sabatier (Méd. opérat., 2e édit., tom. II, pag. 404) dit que le sac est placé au-devant des muscles qui vont au petit trokanter et des vaisseaux fémoraux.

La hernie crurale est située, suivant P. Lassus, au-devant de l'artère et de la veine de la cuisse. Pathol. chirurg., tom. II, pag. 44. Méd. opérat., tom. Ier, chap. VI, pag. 198.

M. Roux pense que les parties dans la mérocèle correspondent quelquefois au côté externe des vaisseaux cruraux. (Mélanges de chirurgie, pag. 46, Paris, 1809.)

(1) *Voyez* A. Cooper, pl. VII, fig. 2, et pl. VIII, fig. 4. Cette dernière figure, faite d'après une préparation de M. Barclay, montre l'artère sous-pubienne située à la partie interne du sac, et l'embrassant au moment où il s'engage dans l'orifice postérieur du canal crural.

(2) C'est à tort que des auteurs modernes ont écrit que la hernie fémorale était recouverte par l'aponeurose fascia-lata. Al. Monro jun., On crural hernia, pag. 56.

M. Monro a cru devoir admettre plusieurs variétés de hernies fémorales d'après le mode de déplacement des parties ; mais ces distinctions purement anatomiques ne peuvent pas être reconnues dans la pratique. Suivant l'auteur, l'espèce la plus commune de hernie crurale est celle dans laquelle les intestins sont sortis par l'anneau crural dans l'enveloppe des vaisseaux lymphatiques, qui alors est très-distendue et fait saillie au dehors. Dans ce cas, la tumeur herniaire est située sur le côté *pubal* de la veine fémorale ; elle est recouverte par le fascia-propria, plus épais que le péritoine dans l'état sain, et sous lequel il se trouve une petite quantité de graisse entre lui et le sac herniaire.

Le col de la tumeur herniaire est recouvert par l'insertion supérieure du processus falciformis du fascia-lata, et l'artère sus-pubienne est située sur le côté iléal de la tumeur environ à un pouce de distance.

Dans la seconde variété de la hernie crurale, la sortie des intestins se fait par une ouverture

L'intestin, renfermé dans un sac herniaire, peut se trouver dans quatre conditions différentes.

1° Le sac contient, soit une anse d'intestin, soit une appendice naturelle ou un diverticulum, soit enfin une partie seulement de son cali-

de la membrane qui passe sur l'anneau crural, un ganglion lymphatique qui remplissait cette ouverture ayant été déplacé sur le côté iléal de la hernie fémorale.

L'étranglement, dans ce cas, est quelquefois occasioné par les côtés de l'ouverture par laquelle est sorti l'intestin.

Une troisième variété est celle dans laquelle les intestins déplacés passent dans la gaîne des vaisseaux lymphatiques fémoraux et s'échappent alors par une des ouvertures qui livrent passage à ces vaisseaux. M. A. Cooper a donné une description exacte de cette variété. La tumeur n'est pas bien circonscrite. Dans cette hernie, l'étranglement peut être occasioné par cette enveloppe elle-même.

La quatrième variété est celle dans laquelle les parties passent du côté iléal de l'enveloppe des vaisseaux lymphatiques et s'engagent dans celle de la veine fémorale (*voyez* pl. XVII, fig. 1re). La tumeur herniaire est, dans le principe, située sur le côté pubal de la veine fémorale, ayant l'expansion semi-lunaire du fascia-lata le long de son col; l'artère sus-pubienne (épigastrique) située sur le côté iléal de la tumeur et sa terminaison placée au-devant de la veine fémorale, distendant l'enveloppe de ce vaisseau.

Cinquième variété : il y a deux tumeurs. L'une pénètre dans l'enveloppe de la veine, l'autre dans celle des vaisseaux lymphatiques. M. A. Burns a découvert cette variété, et c'est sur sa préparation que la description en a été faite. Dans ce cas, l'artère sous-pubienne passait entre les hernies et environnait la tumeur près de l'os ilium.

M. Burns, en parlant de cette variété de hernie crurale, fait observer que si elle arrive chez une personne dont l'artère sous-pubienne provient de la sus-pubienne, le premier de ces vaisseaux entourera certainement le côté pubal du col du sac. Si cependant l'artère obturatrice et l'épigastrique étaient unies pendant un espace assez considérable, à partir de leur origine, et si une tumeur herniaire passait dans l'enveloppe de la veine, et que l'autre descendît dans l'enveloppe commune des vaisseaux lymphatiques, alors les deux sacs seraient croisés sur leurs faces supérieures par l'artère sous-pubienne, et la tumeur dans l'enveloppe des vaisseaux lymphatiques aurait ce même vaisseau sur son côté pubal.

M. Monro n'a pas vu cette variété avec cette disposition dans le cours de l'artère sous-pubienne, mais il a disséqué le corps d'une femme âgée, chez laquelle il a trouvé un sac dans l'enveloppe des vaisseaux lymphatiques, et l'autre dans la gaîne de la veine. Chez ce sujet, les artères sous et sus-pubiennes naissaient d'un tronc commun de l'iliaque externe, et l'obturatrice, dans son trajet jusqu'au trou sous-pubien, entourait le col du sac contenu dans l'enveloppe de la veine. Cette nouvelle variété de disposition de l'artère sous-pubienne montre que l'opinion générale sur le peu de danger d'inciser vers le pubis, dans les cas où le tronc commun des artères sus et sous-pubiennes n'est pas long, est mal fondée. Chez cette femme, quoique le tronc commun de ces vaisseaux fût très-court, cependant la tumeur iléale descen-

bre. Les fonctions digestives continuent à s'exercer régulièrement, et les matières parcourent librement le canal alimentaire.

2° L'intestin est renfermé dans le sac et s'y trouve retenu par des adhérences ; mais il n'en exécute pas moins ses fonctions.

3° Il est retenu dans le sac, s'y trouve incarcéré, ce qui dépend de sa distension ou du développement de quelques-unes des parties déplacées ;

dant dans l'enveloppe de la veine, le col de ce sac n'en était pas moins entouré par l'artère sous-pubienne.

La sixième variété de hernie crurale est très-fréquente : les intestins déplacés descendent dans une direction perpendiculaire à l'abdomen, en glissant sur le muscle sus-pubio-fémoral ; la tumeur est très-mobile par suite de la connexion du processus falciformis du fascia-lata avec le ligament de Poupart et de la durée de la maladie, la tumeur est souvent réfléchie sur l'arcade crurale, elle est recouverte par le fascia superficiel, le tissu lamineux et la peau.

Par suite du grand relâchement du tissu lamineux sur les côtés de la tumeur, elle s'étend latéralement de manière que son plus grand diamètre est transversal. Cette espèce de hernie atteint quelquefois un volume considérable, comme on l'a vu dans un cas qui s'est offert à Monro père. La tumeur avait un volume égal à celui des deux poings.

Dans cette variété de hernie, le sac est très-mince, de manière que les contractions péristaltiques de la portion d'intestin sortie deviennent visibles, et le col de la tumeur forme presque un angle droit avec son corps.

Dans la septième variété, les intestins déplacés entrent d'abord dans l'enveloppe des vaisseaux lymphatiques, et s'engagent ensuite dans les ouvertures qui livrent passage à ces vaisseaux vers le processus falciformis et le fascia superficiel. La tumeur est en grande partie immobile et offre une grande ressemblance avec des glandes inguinales engorgées ; une fluidité ou élasticité au centre de la tumeur provenant des enveloppes de la portion déplacée d'intestin, est la principale circonstance qui caractérise cette variété de hernie crurale.

La huitième variété ne peut être distinguée par un examen extérieur ; dans celle-ci, l'artère sous-pubienne provient du même tronc que l'artère sus-pubienne. Le tronc commun étant long d'un pouce, l'artère sous-pubienne, dans son trajet pour se rendre à l'ouverture sous-pubienne, entoure le col de la tumeur herniaire sur son côté pubal. M. Monro a rencontré trois cas de ce genre.

Le peu d'étendue de l'anneau crural, et la résistance qu'offrent les parties voisines, engagent à exercer dans l'opération du taxis une pression considérable sur les intestins déplacés ; et en général il est reconnu que la réduction dans ces cas est plus difficile que dans la hernie sus-pubienne. Souvent la pression détermine une inflammation aiguë ; et de là les enveloppes de la tumeur sont fréquemment recouvertes par une lymphe coagulable qui unit ces enveloppes les unes avec les autres, ou enfin avec le col ou quelque autre partie du sac.

L'épanchement d'une lymphe coagulable n'est pas seulement borné à la surface interne. M. Monro a vu une inflammation si considérable, qu'elle s'étendait jusqu'à la surface extérieure du sac herniaire, qui était recouvert par une couche albumineuse, épaisse de près d'un quart de pouce, et qui avait réuni ensemble le sac herniaire, les ganglions lymphatiques adjacents,

mais il n'y a pas d'étranglement ou de compression sur les vaisseaux sanguins du canal alimentaire, ni d'obstacle au cours des matières.

4° L'intestin est étranglé; et, dans cet état, les matières alimentaires ou excrémentitielles ne peuvent point parcourir le canal; il se fait un engouement; la circulation sanguine n'a plus lieu dans la portion de l'intestin comprise dans le sac, et il existe un danger imminent de gangrène, ce qui constitue essentiellement l'étranglement (1).

Causes. Les causes générales des hernies fémorales sont les mêmes que pour les autres hernies, et nous n'entrerons dans aucun détail sur ce point; nous nous contenterons de dire que les hernies ombilicales appartiennent plus spécialement à l'enfance qu'aux autres âges; que les hernies sus-pubiennes sont plus fréquentes chez l'homme que chez la femme, tandis que pour la mérocèle, c'est tout le contraire. Si nous jugions des rapports de fréquence de cette dernière espèce de hernie chez l'un et l'autre sexe, par ce que disent beaucoup d'auteurs respectables, nous serions portés à penser que la hernie fémorale est extrêmement rare chez l'homme (2). Cependant, la pratique de M. le professeur Dupuytren ne justifie pas ce qu'avancent beaucoup de chirurgiens recommandables.

le tissu adipeux et le tissu lamineux. Dans quelques circonstances, la cavité des intestins déplacés a été en partie remplie par cette lymphe coagulable. Dans un cas (*voy.* la pl. XIV, fig. 2), l'épanchement avait tellement rempli le canal qu'il était très-difficile d'y introduire une petite sonde.

Le sac herniaire, dans cette espèce de hernie, est sujet à une inflammation chronique qui l'épaissit beaucoup et qui lui donne quelquefois une consistance cartilagineuse.

(1) Charles Bell, part. II of surgical Observations being quartely report of cases in surgery, pag. 177. London, 1816.

(2) Morgagni (Epist. XXXIV, art. 15) dit n'avoir jamais observé de hernie fémorale chez l'homme.

Hévin (Pathol. et thérap. chir., pag. 406) n'a fait l'opération de la hernie fémorale qu'une seule fois sur l'homme.

Sandifort (Observ. anat. pathol., ch. IV, p. 72) ne l'a observée qu'une fois.

Arnaud (Mém. de chir., t. II, p. 782) n'a eu qu'une seule occasion de disséquer cette espèce de hernie chez l'homme.

Camper (Icones herniar. in præfat.) paraît n'avoir jamais observé de mérocèle chez le sexe masculin.

Hey (Practical Observations in surgery, illustrated by Cases) déclare n'avoir pas été mieux partagé.

Scarpa n'a disséqué qu'un seul sujet mâle affecté de hernie fémorale; il nous en a conservé l'image par de beaux dessins. (Traité pratique des hernies, p. 203.)

Les personnes qui suivent les leçons de clinique externe à l'Hôtel-Dieu, savent que les hernies crurales chez l'homme, ne sont pas des choses aussi rares que beaucoup de livres nous l'assurent (1).

Arnaud prétend que sur vingt femmes affectées de hernies à la région inférieure de l'abdomen, il y en a dix-neuf où ce déplacement s'est fait sous l'arcade crurale ; il fait observer qu'il n'en est pas de même pour les filles : il est aussi rare qu'elles aient cette espèce de hernie que les hommes, parmi lesquels, suivant notre auteur, on en trouve tout au plus un sur cent qui soit atteint de cette infirmité (2).

D'après Richter et Scarpa, et la plupart des observateurs, les femmes sont d'autant plus sujettes à la hernie dont nous parlons, qu'elles ont eu un plus grand nombre d'enfants. MM. A. Cooper et Monro disent n'avoir jamais observé de mérocèle chez des filles, avant la puberté. Toutefois, j'ai vu dernièrement une tumeur de ce genre chez une fille qui n'avait pas dix ans.

Avant la puberté il y a peu de différence dans la capacité des bassins des sujets de sexe différent ; mais aussitôt après l'âge nubile, le bassin de la femme s'étend latéralement, et la largeur plus considérable de cette cavité chez elle, donne la raison de la plus grande aptitude qu'elle acquiert à être atteinte de hernie fémorale. Il faut reconnaître, avec M. Monro, que chez la femme les viscères de l'abdomen dans le voisinage de l'orifice postérieur du canal crural, n'ont pas autant de support que chez l'homme. Je dirai de plus que la dissection d'un grand nombre de sujets de l'un et de l'autre sexe m'a presque constamment fait voir cet orifice abdominal du conduit crural, ou, en d'autres termes, l'espace qui va de la veine fémorale au bord du ligament de Gimbernat, plus étendu chez la femme que chez l'homme. Sabatier prétend que ce n'est pas précisément parce que les femmes ont le bassin plus évasé, l'arcade crurale plus longue et plus lâche, qu'elles sont plus disposées à la hernie fémorale, mais plutôt parce que l'anneau sus-pubien est plus serré chez elles ; d'où il résulte que les viscères trouvent moins de résistance du

(1) Herniæ crurales sexum fœmineum frequentiùs, quàm masculinum, infestant, neque tamen n masculis tàm raræ occurrunt, quàm vulgò creditur, sed raræ potiùs videntur, propterea quod, scilicet plerumque minores, rariùs deteuntur. Hesselbach, p. 43.

(2) Traité des hernies ou descentes, t. 1, in-12, p. 79. Paris, 1749.

côté de l'arcade crurale que de celui de l'anneau ; et chez l'homme c'est tout l'opposé (1).

M. Monro a fait, d'après un grand nombre de sujets affectés de hernies qu'il a observés, un tableau pour montrer les proportions dans lesquelles il croit que cette maladie se présente chez l'homme et chez la femme, et suivant le genre de hernie.

Sur trois mille treize hernies,

			Hommes.	Femmes.
Il a observé. . .	741 hernies doubles.	Sur les deux cuisses (hernies fémorales).	3	44
		Sur les deux aines (hernies inguinales).	609	85
	2272 hernies simples.	Sur une cuisse (hernies fémorales). . .	57	163
		Sur une aine (hernies inguinales) . . .	1520	399
		Au nombril (hernies ombilicales)	36	97
			2225	788
		Report . . .	788	
		Total	3013.	

Symptômes. Les chirurgiens expérimentés savent tous qu'un des points les plus difficiles de la science, est de reconnaître le vrai caractère des tumeurs de l'aine, et de ne commettre aucune méprise sur leur nature. Cette réflexion nous indique que les maladies externes présentent quelquefois, comme les affections internes, une grande obscurité dans le diagnostic.

Les erreurs des praticiens les plus distingués doivent porter les jeunes chirurgiens à étudier avec soin et pendant long-temps sous les grands maîtres les signes des maladies, à ne point se hâter de censurer les erreurs des autres, et à n'y voir que l'importance d'un examen attentif, le danger de toute précipitation, et enfin la preuve de la difficulté de notre art.

Les signes communs de la mérocèle sont les mêmes que ceux des autres hernies : tumeur survenant d'une manière subite, après une chute sur les pieds, un coup sur l'abdomen, des efforts dans les mouvements respiratoires, elle est circonscrite, disparaît quelquefois dans la position horizontale,

(1) Méd. opérat., t. 2, seconde édition, p. 405.

reparaît lorsque le corps est debout; elle cède à la pression et rentre dans l'abdomen en bloc ou successivement en faisant ou sans faire entendre un bruit particulier, et elle reparaît lorsqu'on cesse la compression ou qu'on fait tousser le malade.

Sous le rapport du diagnostic, la mérocèle peut être distinguée en hernie parfaite et en imparfaite; dans la première, le sac paraît au dehors par l'ouverture antérieure du canal crural; tandis que dans la seconde les parties restent dans le conduit et ne se montrent point à l'extérieur. Ici le col de la tumeur existe seul, car il faut que les parties sortent par l'orifice inférieur du canal pour que le corps se développe (1). On conçoit que, dans la hernie incomplète, le diagnostic doit être très-difficile, puisque lors même que la tumeur existe au-dessous du ligament de Fallope, elle peut induire en erreur. La tumeur formée par la hernie complète est ordinairement globulaire, d'un volume variable, mais rarement très-grand : tantôt sa grosseur égale celle d'une noix, d'une prune, d'un petit œuf de poule (2), tantôt elle est ovalaire, allongée, dirigée en dehors ou en haut vers le bord du muscle costo-abdominal (3); elle peut acquérir un volume considérable; et c'est ainsi que M. Lawrence a vu une mérocèle de dix-neuf pouces de long, sur vingt-sept de circonférence (4). M. Hey rapporte l'histoire d'un fait semblable (5).

Dans son commencement, la mérocèle est située si profondément dans le pli de la cuisse, qu'il est difficile, même sur les sujets maigres, d'en distinguer le collet, et l'on ne peut que difficilement sentir le pourtour de l'ouverture qui lui donne passage. Si la tumeur est volumineuse, son col est profondément situé sous le ligament de Poupart, son corps devient ovalaire, et son grand diamètre transversal (6): cependant cette hernie fémorale est quelquefois réfléchie en haut et en dehors, ou en haut et en dedans (7). Lorsqu'elle est ainsi réfléchie sur l'arcade crurale, dirigée obliquement et d'un volume assez grand, cette tumeur, dont le col peut être comprimé,

(1) Hesselbach, p. 45.
(2) Arnaud, Traité des hernies ou descentes, in-12, t. 1, p. 81.
(3) Hesselbach, pl.
(4) Traité des hernies, traduction de MM. P.-A. Béclard et J.-G. Cloquet, p. 410.
(5) Pract. Observ., p. 230.
(6) Scarpa, p. 208.
(7) Monro, the morbid Anatomy, etc.

ressemble au cordon testiculaire, et peut être prise pour une hernie sus-pubienne (1). La compression qu'exerce sur les vaisseaux fémoraux, la tumeur, lorsqu'elle a un certain volume, produit l'œdème des membres inférieurs; effet qui n'arrive jamais dans la hernie sus-pubienne : elle peut aussi déterminer un sentiment de pesanteur et de stupeur dans le membre du côté correspondant.

Scarpa fait observer que le diagnostic de la hernie fémorale est plus difficile chez la femme que chez l'homme, parce qu'on n'a pas le cordon testiculaire pour se guider; chez elle, le plus grand rapprochement de l'anneau sus-pubien de l'orifice antérieur du conduit crural peut induire en erreur et faire croire que la femme a du même côté une hernie crurale double, tandis que c'est une hernie sus-pubienne et une mérocèle. Arnaud cite une méprise de ce genre (2). Dirigée en haut vers le bord inférieur du muscle costo-abdominal, la hernie fémorale peut ressembler chez la femme à une hernie sus-pubienne et être prise pour une tumeur de ce genre; cette erreur doit être d'autant plus évitée, que les manœuvres pour le taxis dans les deux circonstances différentes ne sont pas les mêmes, et que dans l'opération les incisions et le débridement ne doivent pas avoir la même direction. On évitera cette méprise si l'on se rappelle que dans la mérocèle le col du sac est situé profondément et au-dessus du pubis, tandis que dans la hernie sus-pubienne il est superficiel; la tumeur, au lieu d'être globulaire, est allongée de haut en bas et de dehors en dedans; l'anneau est facile à reconnaître, et l'on peut même quelquefois chez l'homme distinguer le cordon testiculaire.

M. Monro parle d'une espèce de hernie sus-pubienne, que nous pourrions appeler directe, parce qu'elle ne parcourt pas obliquement le canal inguinal. Elle dépend du défaut de conformation de ce canal, dont les petites fibres aponévrotiques du muscle costo-abdominal qui unissent les plus larges faisceaux fibreux du même muscle, viennent à manquer : dans cette circonstance, le canal sus-pubien est imparfait; les intestins, lorsqu'ils s'y engagent, ne peuvent pas en suivre tout le trajet, mais ils sont poussés en bas et en dehors avant sa terminaison, et forment une tumeur qui ressemble à la hernie fémorale. Cette modification de la hernie

(1) Monro, the morbid Anatomy, etc.

(2) Mémoires de chirurg., t. 11, p. 605.

sus-pubienne diffère de celle dont M. Hesselbach a donné l'histoire dans ces derniers temps. Elle avait été indiquée par J.-L. Petit, et MM. Hamilton de Glascow et Burns ont fait connaître le mécanisme de sa formation.

Quelques auteurs ont considéré comme une hernie fémorale, une tumeur qui me paraît ressembler beaucoup à celle dont nous venons de parler, et qu'on pourrait peut-être regarder comme étant de même espèce. Chopart et Desault disent que, quoique la mérocèle se fasse par le conduit fémoral, les parties peuvent cependant se déplacer quelquefois à travers une fente entre les fibres charnues des muscles lombo et ilio-abdominaux, et à travers les fibres du costo-abdominal au-dessus du ligament de Fallope. Bonn parle de ce mode de déplacement des parties, Callisen (1) et Richter en font aussi mention, et Volpi assure l'avoir observé deux fois (2).

Malgré les signes que nous venons d'exposer, et par lesquels on peut le plus souvent reconnaître l'existence d'une hernie fémorale, son diagnostic peut cependant, dans quelques cas, offrir une grande difficulté à établir, et l'on peut aisément se tromper. La tumeur peut être confondue avec une hernie sus-pubienne, avec des ganglions lymphatiques engorgés ou enflammés, avec un bubon, un abcès froid ou par congestion, des varices, des kystes séreux, des hydatides, une tumeur stéatomateuse, etc. C'est ainsi que Sabatier avoue, avec cette candeur qui accompagne toujours les grands talents, qu'il prit une fois un bubon pour une hernie, et prescrivit au malade de porter un bandage (3). Dans d'autres circonstances c'est tout le contraire. M. Lawrence rapporte un exemple de méprise de ce genre, et M. A. Cooper (4) en cite plusieurs semblables. J.-L. Petit (5), Leblanc (6) et Derrecagaix (7) ont donné des observations sur des erreurs commises dans le diagnostic des tumeurs de l'aine.

(1) Acta societatis medicæ hauniensis, t. 2.

(2) A.-G. Richter, Traité des hernies; trad. de J.-C. Rougemont, t. II, p. 139; et Elementi di chirurgia di Augusto Gottlieb Richter, recari, sulla seconda edizione, dall'idioma tedesco nell'italiano, etc., da Tommaso Volpi., vol. 5, cap. XIV, § 221, p. 439. In Pavia, 1803.

(3) Médec. opérat., t. II, p. 407.

(4) The anatomy and surgical treatment of crural and umbilical hernia. London, 1807.

(5) Traité des malad. chirur., t. II, p. 293.

(6) Nouvelle méthode d'opérer les hernies, p. 74.

(7) Journal de chirurg. de Desault, t. II, p. 388.

Louis parle d'une hernie sur laquelle on porta l'instrument en croyant inciser un bubon. J.-L. Petit vit à Courtray une fille d'hôtellerie affectée d'une varice de la veine tibio-malléolaire (saphène), qu'on traitait comme une hernie, et sur laquelle un brayer était appliqué.

M. Astley Cooper a décrit une tumeur stéatomateuse occupant la place d'une hernie crurale, dont elle avait l'apparence.

Il n'est pas rare de trouver des kystes séreux au-devant du sac herniaire de la mérocèle ; nous possédons plusieurs faits de ce genre, et M. Monro (1) en a aussi remarqué. Richter (2) nous assure que des ganglions enflammés dans la région inguinale peuvent simuler une hernie fémorale épiploïque, et ces deux affections se sont plusieurs fois montrées réunies sur le même sujet. M. Else (3) a trouvé une hernie crurale située derrière un ganglion lymphatique de l'aine engorgé et en suppuration.

Un amas d'hydatides ou de graisse sur le côté interne de l'aine, peut offrir quelque ressemblance avec une tumeur herniaire. Le fluide aqueux que renferment les enveloppes des hydatides, donne au toucher une sensation analogue à celle que produit la pression exercée sur une mérocèle intestinale. On conserve dans le muséum de l'université d'Edimbourg un kyste du volume d'un œuf de poule, contenant beaucoup d'hydatides ; il a été enlevé de la partie supérieure et interne de la cuisse (4). Un fait à-peu-près semblable a été consigné par Manoury dans le *Journal* de Desault (5) ; une hydatide très-grosse recouvrait toute la surface d'une tumeur herniaire. Un sujet affecté d'une tumeur à l'aine consulta plusieurs chirurgiens : les uns prirent la tumeur pour un bubon, et les autres pour une hernie fémorale. Le malade, pour éviter une opération, fut de l'avis des premiers, et fit cinq milles à pied, quoique la hernie fût étranglée, et mourut immédiatement. A l'ouverture du corps, l'on reconnut que l'intestin était étranglé dans l'anneau fémoral, et qu'il était gangrené. M. Charles Bell, auquel nous devons cette observation, en rapporte une autre où le caractère d'une hernie crurale chez l'homme était peu prononcé : les symptômes

(1) Observations on crural hernia, to which is prefixed, a general account of the other varieties of hernia, etc. ; by Alexander Monro jun., p. 80. Edinburgh, 1803.

(2) Loc. cit.

(3) London medical Observations and inquiries, vol. 4, p. 345.

(4) Monro, *voyez* the Morbid anatomy, etc, et Observations on crural hernia, etc.

(5) T. 1, p. 252.

paraissaient équivoques, et le diagnostic devenait encore plus difficile par l'existence d'une hernie sus-pubienne. Au milieu de ces incertitudes, et par suite du délai apporté à l'opération, le malade mourut. L'ouverture du corps fit voir une hernie sus-pubienne, et au-dessous, une mérocèle entourée de beaucoup de graisse, et l'intestin étranglé par l'anneau fémoral (1).

La mérocèle est plus sujette que la hernie sus-pubienne à contracter des adhérences, ce qui dépend des froissements qu'elle souffre continuellement dans les mouvements de la cuisse sur le bassin.

La gravité des hernies est souvent proportionnée au diamètre de l'ouverture par laquelle les intestins sont sortis, à la direction rectiligne ou anguleuse du canal qu'ils ont parcouru, etc. De là le danger de la hernie fémorale, sur-tout chez l'homme. Le volume, l'ancienneté, la nature des parties déplacées, ont aussi leur influence sur le pronostic.

Les parties déplacées dans les hernies fémorales peuvent être mobiles ou adhérentes. Les premières ne sont pas toutes réductibles; et parmi les dernières, il en est où les viscères et le sac peuvent rentrer dans l'abdomen. Le développement de l'épiploon ou des appendices graisseuses, le rétrécissement du col du sac, ou des rétrécissements dans plusieurs points de cette poche, de manière à en faire une cavité multiloculaire, suffisent pour s'opposer à la réduction. A ces causes d'irréductibilité, quelques personnes ajoutent le droit de domicile, que les viscères, sortis depuis long-temps de l'enceinte de l'abdomen, ont perdu entièrement. On connaît cependant quelques exemples de hernies fémorales très-volumineuses paraissant irréductibles, qu'on est parvenu à faire rentrer par une compression graduée et long-temps continuée, par une diète assez rigoureuse, par l'emploi des purgatifs, ou par l'administration des mercuriaux.

L'irréductibilité des hernies n'est quelquefois que partielle; d'autres fois elle est entière. L'adhérence des parties entre elles, celle des viscères au sac, sont les causes les plus communes qui s'opposent au replacement des organes dans la cavité où ils étaient primitivement renfermés.

Cette impossibilité de réduction dans les tumeurs herniaires, peut

(1) Femoral hernia in a man, obstructed by an inguinal hernia, etc.; part II, surgical Observations, p. 187.

appartenir au sac ou aux parties qu'il contient. En effet, les viscères déplacés et formant hernie, peuvent être réduits et le sac rester au dehors, ou bien le sac et son contenu rentrer en bloc, et les viscères rester dans cette poche en conservant les mêmes rapports.

La mérocèle peut devenir irréductible :

1° Si les parties déplacées sont trop volumineuses, ou bien en trop grand nombre ;

2° Lorsque ces viscères expulsés de l'abdomen sont restés trop longtemps au dehors, ou lorsque leur volume s'est accru par l'effet de la nutrition ;

3° S'il se forme des bandes membraneuses en travers du sac, qui barrent les intestins et s'opposent à leurs mouvements;

4° Lorsque les parties déplacées s'unissent étroitement entre elles ou aux parois du sac, et que ces adhérences sont assez fortes pour empêcher les mouvements ;

5° Si l'étranglement se manifeste.

La mérocèle est plus sujette que la hernie sus-pubienne aux adhérences, par les froissements continuels qu'elle souffre dans les mouvements de la cuisse sur le bassin (1); et cette même cause augmente aussi sa disposition à l'étranglement (2).

Ces adhérences peuvent être de plusieurs espèces, et n'exister que dans un point, le plus souvent au col du sac ou dans toute l'étendue de sa surface interne.

QUINZIÈME OBSERVATION.

Duvailly, âgée de soixante-six ans, d'une assez bonne constitution, portait depuis vingt ans une hernie crurale du côté droit. Pendant quelques années, elle la maintint par un bandage; une autre hernie lui étant survenue du côté gauche, elle s'imagina que cela tenait à son bandage, et, par une erreur bien singulière de raisonnement, au lieu de porter un bandage à double pelote, qui eût maintenu les deux hernies, elle n'en porta aucun. Toutefois il ne lui resta que la hernie droite, qui ne l'incommodait point; seulement cette tumeur ne rentrait pas complétement.

(1) Chopart et Desault, loc. cit.

(2) Arnaud, Traité des hernies ou descentes, tom. I, pag. 81.

Le 1er août 1816, la femme Duvailly eut une indisposition, pendant laquelle elle fit de violents efforts pour vomir ; sa hernie augmenta, devint sensible, et ne voulut plus rentrer. Le ventre était tendu et volumineux ; la malade éprouva des coliques, des nausées, puis des vomissements de matières bilieuses : ces vomissements se répétèrent fréquemment pendant la nuit, le lendemain et le surlendemain. Elle n'eut pendant ce temps aucune évacuation par l'anus.

Le troisième jour des accidents, une de ses amies, considérant ce qu'elle éprouvait comme dépendant d'un état bilieux, lui donna deux grains d'émétique ; ce qui redoubla les vomissements. Aucune évacuation alvine n'eut lieu ; un lavement laxatif fut donné ; elle vomit encore. Elle consulta alors un chirurgien, qui reconnut que l'étranglement de la hernie était la cause de tous ces accidents : il essaya de la réduire, et ne put y parvenir. Alors la malade se fit transporter à l'Hôtel-Dieu. Le soir même, 4 août, trois jours après l'apparition des symptômes d'étranglement, elle offrait au-devant de l'arcade crurale droite une tumeur assez volumineuse et large à son sommet, dure, douloureuse, recouverte d'une peau lisse. Tendue et déjà enflammée, la tumeur ne put être réduite : les vomissements, la constipation, les hoquets et les coliques qu'avait éprouvés la malade et qu'elle éprouvait encore, ne laissaient aucun doute sur l'existence d'une hernie étranglée.

L'opération fut proposée à la malade, comme sa seule ressource. La tension du ventre et les coliques faisaient craindre pour une péritonite; mais il était indispensable d'opérer, pour remplir la première indication, celle de faire cesser l'étranglement.

Une incision cruciale fut faite à la peau ; on enleva successivement et en dédolant les feuillets du tissu lamineux ; on arriva bientôt au véritable sac. A peine l'eut-on ouvert, que l'épiploon s'insinua dans l'ouverture, et se présenta à l'extérieur. L'ouverture du sac fut agrandie et rendue cruciale ; alors parut une masse considérable d'épiploon. M. Dupuytren, sachant par expérience que le plus souvent, en pareils cas, il y a une partie d'intestin au centre de l'épiploon, ou derrière, et comme coiffée par lui, développa cette masse ; et l'on vit en effet derrière et inférieurement, une anse entière d'intestin d'un rouge foncé, mais sans gangrène. A l'aide de pinces à disséquer, on retint au dehors les deux angles supérieurs du sac, et le doigt index fut glissé jusqu'à l'arcade crurale. On sentit beaucoup d'adhérences entre l'épiploon et le sac ; on pouvait les détruire, mais

le doigt porté plus en dedans trouva un endroit libre. On conduisit sur ce doigt introduit la lame d'un bistouri boutonné, et l'on débrida; ce qui fit entendre un bruit bien distinct, et arracha un cri de douleur à la malade. L'intestin, attiré au dehors, fut reconnu sain dans toute son étendue, ainsi qu'au collet, et il fut réduit complétement avec facilité. Que fallait-il faire de l'épiploon? Le laisser au dehors, le couper ou le lier? Tous ces procédés offraient des inconvénients : on se décida donc à le réduire. Mais, comme nous l'avons déjà dit, plusieurs adhérences existaient; les unes légères, situées loin du collet du sac, furent détruites avec le doigt; une autre plus forte, correspondant au collet lui-même, fut respectée; car, en repoussant l'épiploon, celui-ci entraîna le collet, et rentra avec lui. On pansa alors la malade : un linge fenêtré, enduit de cérat, fut appliqué sur la plaie, et l'on mit par-dessus de la charpie et deux compresses triangulaires : le tout fut maintenu par un spica de l'aine; on plaça un oreiller sous les jarrets de la malade, et la tête ainsi que la poitrine furent élevées.

La malade avait le ventre douloureux et tendu, le pouls fort; elle éprouvait de l'anxiété et de l'agitation. Devait-on craindre une péritonite? Les symptômes ne suffisaient pas pour la démontrer, d'autant plus que la plupart des malades présentent ces mêmes symptômes tant qu'ils n'ont pas évacué. On résolut donc de s'en tenir aux émollients : on lui prescrivit une boisson mucilagineuse édulcorée, des lavements émollients donnés par quarts, et des fomentations émollientes sur le bas-ventre. Elle n'eut pas, comme nous l'avons vu chez d'autres malades, d'évacuations de suite après l'opération. La nuit au contraire fut mauvaise : elle souffrait beaucoup du ventre; elle ne rendit par bas ni matières ni vents, mais elle n'eut aucun des accidents qu'elle éprouvait avant l'opération, seulement quelques rapports légers. Son état, le premier jour, prouvait bien que l'étranglement n'existait plus, mais il fallait s'occuper de rétablir le cours des matières. L'état douloureux du ventre contre-indiquant l'emploi des purgatifs, on continua l'usage des émollients; mais ils parurent insuffisants, car le ventre était volumineux, tendu, douloureux, le pouls dur, les traits déjà grippés. La malade avait de fortes coliques, elle urinait difficilement : une saignée de deux palettes fut prescrite et pratiquée; des fomentations émollientes furent réappliquées sur l'abdomen, et on sonda la malade.

La journée fut agitée.

Le soir, le ventre était encore plus tendu et plus douloureux; aucune

évacuation n'avait eu lieu ; un bain fut prescrit, mais la pression de l'eau sur le ventre augmenta la douleur. M. Dupuytren avait ordonné que dans ce cas on fît une saignée.

La nuit fut mauvaise.

Le second jour au matin, les évacuations par bas n'étaient pas encore rétablies; mais la malade n'avait eu ni hoquets, ni nausées, ni vomissements. Sa peau offrait une légère teinte d'ictère ; ses traits paraissaient altérés, et comme tirés vers la racine du nez par l'action des muscles élévateurs communs des ailes du nez et de la lèvre supérieure ; les commissures abaissées; en un mot, la face était, comme on le dit, *grippée*. Le ventre était volumineux, tendu, très-douloureux ; la malade urinait peu ; le pouls était petit, serré, concentré ; par conséquent la péritonite continuait à faire des progrès. On appliqua cinquante sangsues ; le pouls sembla se relever ; la malade dit elle-même souffrir un peu moins : elle alla assez bien jusque vers le milieu du jour ; elle eut une évacuation assez abondante par bas, et rendit également par l'anus une grande quantité de vents ; mais la péritonite augmentait. Les douleurs du ventre s'accrurent, la respiration devint lente et difficile, la soif ardente, la chaleur brûlante. Le soir la malade était affaissée, le pouls petit, faible et fréquent, la voix éteinte, la face décomposée. Elle mourut dans la nuit, deux jours après l'opération.

L'examen du corps démontra qu'une péritonite intense avait causé la mort. Le péritoine était d'un rouge vif et tapissé de pus et de fausses membranes.

Les hypochondres et le bassin étaient remplis d'une quantité énorme de sérosité purulente. Les intestins étaient fort distendus, également au-dessus et au-dessous de la partie qui avait été contenue dans la hernie, laquelle était très-saine ; ce qui prouve que cette femme avait succombé à une péritonite qui préexistait à l'opération, et qui avait continué sa marche, quoiqu'on lui eût opposé les moyens les plus énergiques, et quoique l'étranglement eût été détruit.

SEIZIÈME OBSERVATION.

La femme Régnier (Jeanne), âgée de quarante ans, avait une hernie depuis trois ans, survenue pendant les douleurs de l'enfantement. Cette

hernie ne rentrait qu'en partie, et n'avait jamais été maintenue par un bandage. Le 26 décembre 1816, cette femme fut prise, dans la soirée, de coliques suivies de nausées, de rapports, de vomissements. Elle s'imaginait que du pain chaud qu'elle avait mangé, lui causait une indigestion; elle s'aperçut que sa hernie, devenue douloureuse, avait augmenté de volume. Toute la nuit et le lendemain, les coliques, les nausées, les rapports et les vomissements persévérèrent; un médecin prescrivit un bain, des topiques émollients et des lavements narcotiques. Les symptômes ne cessant point, la malade entra à l'Hôtel-Dieu le soir, 29 décembre. Avec tous les symptômes de l'étranglement, elle avait au-dessous de l'arcade crurale gauche une tumeur du volume d'un œuf, rénitente, circonscrite, élastique, irréductible, non fluctuante, sans changement de couleur à la peau. Le bas-ventre, sans être tendu ni tuméfié, était douloureux à la pression; le pouls petit et fréquent; depuis le moment de l'étranglement, il ne s'était point fait d'expulsion de gaz, ni de matières fécales par l'anus. L'opération fut proposée et pratiquée de suite. La peau incisée crucialement, le tissu lamineux sous-cutané et les autres enveloppes extérieures divisées et disséquées avec l'attention convenable, on ouvrit le sac en le soulevant avec la pointe du bistouri tenu à plat: un jet de sérosité s'en écoula; on le fendit dans toute sa longueur sur la sonde cannelée. On vit que l'épiploon et l'intestin constituaient la hernie. L'épiploon adhérait au col du sac; en arrière l'intestin était pincé dans l'étendue de deux pouces à-peu-près sur sa longueur, et d'un demi-pouce sur son épaisseur: ses parois étaient rougeâtres, épaissies et enflammées. Le débridement fut fait verticalement entre l'intestin et l'épiploon à cause de l'adhérence de l'épiploon au col du sac. Une portion d'intestin fut attirée au dehors, et l'on s'aperçut qu'à l'endroit de l'étranglement, il existait un éraillement des membranes interne et moyenne dans l'étendue de trois à quatre lignes. La tunique séreuse formait seule en cet endroit la paroi de l'intestin. La constriction exercée par l'arcade sur l'intestin avait-elle déterminé cet éraillement, comme la ligature appliquée sur une artère enflammée produit la section des membranes internes et moyennes? Doit-on admettre des effets analogues sur des tissus dont les propriétés et la structure sont si différentes? L'intestin fut réduit et l'épiploon adhérent laissé au dehors.

On procéda au pansement ; un linge troué, enduit de cérat, fut appliqué sur la plaie; on mit par-dessus des plumasseaux, une compresse en triangle, qu'on assujettit par un bandage en spica. On prescrivit des demi-lavements émollients, des fomentations adoucissantes, et pour boisson du petit-lait. Le lendemain, 30 décembre, plus de nausées, ni d'éructations, ni de hoquets, ni de vomissements ; mais aucune évacuation alvine, aucune expulsion de gaz ; insomnie légère, céphalalgie, visage triste, langue blanchâtre, avec soif ; pouls petit, peu fréquent ; abdomen souple, peu douloureux. Une saignée du bras fut pratiquée ; on continua le même traitement. M. Dupuytren, dans sa leçon de clinique, dit que le défaut d'évacuation pouvait dépendre de la disposition anguleuse de l'intestin étranglé, et de l'épaississement de ses parois produit par l'inflammation.

Le 31 décembre, évacuations abondantes, point de douleurs dans l'abdomen, plus de symptômes d'étranglement: même prescription. Le premier janvier, point de douleurs, sommeil paisible toute la nuit, point de fièvre. La malade avait déjà recouvré un peu d'appétit ; elle avait eu deux selles. Le 2, point de douleurs, aucun malaise, appétit bon ; pour boisson du petit-lait, pour nourriture des bouillons. Le 3, l'appareil fut levé ; la suppuration était peu abondante et de bonne nature. L'épiploon était enflammé, recouvert de bourgeons celluleux et vasculaires, qui lui donnaient une couleur rouge vermeille, semblable à celle des plaies qui se cicatrisent. On continua le petit-lait. Le 4, plus de symptômes généraux ; la maladie était réduite à une plaie simple qui devait aller rapidement vers la guérison. Le 5, un purgatif composé de ℥ ß de manne, ʒij de sulfate de soude, produisit deux évacuations abondantes. La plaie offrait le meilleur aspect, la suppuration était plus abondante et de bonne nature. La tumeur épiploïque avait déjà diminué de volume. Le 6 janvier, même état, même pansement. Le 9, l'étendue de la plaie, le volume de la tumeur avaient sensiblement diminué: même pansement. Le 15, la plaie avait beaucoup diminué en largeur, et la tumeur épiploïque était au niveau de la peau. La suppuration était, comme à l'ordinaire, peu abondante et de bonne nature : même pansement. Le 21, la tumeur épiploïque, réduite à ses éléments celluleux, avait disparu ; elle n'offrait plus que sous la peau une petite saillie sensible au toucher. M. Dupuytren fit exercer dessus une compression avec de la charpie, et un bandage en

spica. Le 30 janvier, la plaie avait beaucoup diminué ; on ne sentait plus aucune saillie sous la peau. Le 10 février, la plaie était linéaire. Le 16, la femme sortit de l'hôpital parfaitement guérie.

DIX-SEPTIÈME OBSERVATION.

Jerveus, Marie-Jeanne, âgée de quarante-cinq ans, portait depuis dix ans une hernie crurale du côté droit, maintenue par un bandage qui, s'étant cassé pendant qu'elle soulevait un panier de pois, permit incontinent à la tumeur d'augmenter de grosseur, et de se manifester au dehors avec un volume plus considérable. Dans le courant de la journée, il survint de la douleur ; le hoquet se manifesta, ainsi qu'un vomissement continuel. Elle rendit seulement deux fois quelques matières stercorales dures, en forme de petits globes ; elle se fit transporter à l'Hôpital, afin de s'y faire opérer, ne pouvant plus supporter les vives douleurs auxquelles elle était en proie depuis quatorze jours. En arrivant elle fut mise dans un bain. La tumeur était de la grosseur d'un œuf, de forme ronde à sa surface, inégale, dure et sans douleur. La réduction n'ayant pu se faire, on jugea l'opération nécessaire. Elle fut pratiquée par M. G... L'incision faite selon les règles de l'art, il disséqua le tissu lamineux recouvrant la tumeur qui formait l'adhérence avec le péritoine : il n'y avait aucune masse épiploïque apparente ; les parois de l'intestin qui adhéraient aussi, avaient une épaisseur de quatre à cinq lignes ; elles étaient tellement adhérentes avec le péritoine et le tissu cellulaire, qu'il fut impossible de les distinguer. L'intestin fut ouvert, et il en sortit aussitôt un peu de matières stercorales liquides ; son diamètre rétréci pouvait à peine permettre d'y introduire le doigt, auquel on substitua une sonde de femme, qui donna issue à un peu de fluide de même nature que le précédent. L'ouverture fut agrandie, l'arcade incisée, et l'intestin adhérent dans toute sa circonférence resta au niveau de la plaie. Il n'y eut point d'hémorrhagie. Le ventre était peu douloureux, mais très-élevé et assez mou ; on ordonna d'administrer par la plaie le quart d'un lavement émollient ; on permit de l'eau rougie pour apaiser la soif.

La malade ne rendit rien, souffrit beaucoup du ventre et de la plaie : il sortit de cette dernière, à l'aide d'une sonde de gomme élastique,

beaucoup de matières stercorales liquides, d'une odeur très-fétide. Le pouls était dur, concentré, la peau humide; une grande quantité de vents s'échappait par la bouche; on introduisit de nouveau une sonde de femme; il n'en sortit que peu de matières. L'on prescrivit de la limonade cuite.

La malade mourut le lendemain à six heures du soir.

L'ouverture du cadavre, faite vingt-quatre heures après, offrit une inflammation générale de tout le canal intestinal, qui était extrêmement dilaté par l'air et par les matières stercorales. La portion de l'intestin formant la hernie, adhérait dans toute sa circonférence à l'arcade crurale; son diamètre très-rétréci, formait un étranglement sur lui-même par son renversement à angle aigu; une portion d'épiploon, d'ailleurs sain, prolongée sous l'arcade, passait derrière l'intestin et diminuait son diamètre. Le sus-pubien l'utérus était engagé dans l'anneau, et formait une bride qui pinçait l'intestin, dont les bords adhérents à la plaie étaient gangrenés.

DIX-HUITIÈME OBSERVATION.

Marie, âgée de soixante-trois ans, entra à l'Hôtel-Dieu le 4 novembre 1808. Elle avait depuis vingt-cinq ans une hernie du côté droit. La tumeur oblongue que cette hernie présentait, et sa position, indiquaient assez que c'était une hernie crurale: elle n'avait été maintenue par aucun bandage, diminuait ou disparaissait même quand la malade était couchée, et ne l'empêchait point de vaquer à ses affaires. Trois jours avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, après un effort pour soulever un fardeau, la malade sentit de la douleur vers sa hernie; bientôt après, elle éprouva des coliques, des hoquets, des envies de vomir et des vomissements; la tumeur ne put plus rentrer. La malade appela les secours de l'art, qui se bornèrent à des tentatives de réduction vaines et multipliées. Entrée à l'Hôtel-Dieu, la continuation des accidents, la douleur au moindre contact de la tumeur, firent regarder de nouvelles tentatives de réduction comme dangereuses, ou d'un succès plus que douteux. L'opération fut donc pratiquée sur-le-champ, et de la manière suivante:

Pli transversal à la peau: incision de ce pli de dedans en dehors, avec un bistouri dont le tranchant fut dirigé en haut, le divisa de sa base vers

son sommet ; ce qui fit une plaie d'un pouce et demi d'étendue : dissection du tissu lamineux, à l'aide du bistouri et d'une sonde cannelée ; incision du sac péritonéal, d'abord à l'aide du bistouri, ensuite de ciseaux : peu de sérosité était contenue dans sa cavité ; mais l'intestin, d'un rouge foncé et livide, avait des adhérences avec toute la circonférence du sac. Ces adhérences étaient établies au moyen d'un tissu lamineux très-épais, contenant dans ses vacuoles un fluide séreux. Cette membrane celluleuse ainsi infiltrée en avait d'abord imposé pour la présence d'une portion d'épiploon.

Pour faciliter le décollement de l'intestin, une petite incision fut pratiquée sur l'une et l'autre lèvre de la plaie ; ce qui la rendit cruciale. Alors, introduction du doigt dans le sac, décollement de l'intestin, débridement de l'arcade crurale avec un bistouri boutonné conduit sur l'index : l'on débrida de dedans en dehors. La couleur livide de l'intestin fit hésiter un moment si on le réduirait ; mais comme sa couleur paraissait plutôt dépendre des froissements qu'avait déterminés le taxis plusieurs fois répété, que d'une véritable inflammation, la réduction de l'intestin fut faite par de légères pressions, qui déplacèrent les gaz. Pansement ordinaire avec de la charpie, des compresses, et un bandage triangulaire ; demi-lavements purgatifs, fomentations émollientes sur l'abdomen, boissons adoucissantes. Cessation des symptômes de l'étranglement aussitôt après l'opération ; déjections de matières fécales ; état calme de la malade pendant la nuit ; assoupissement. Le lendemain, elle se félicitait d'avoir été opérée ; même traitement. Selles plus abondantes, état meilleur ; la plaie, pansée trois jours après l'opération, présenta une légère inflammation. Le lendemain, applications de cataplasmes émollients ; les jours suivants même pansement ; boisson vineuse ; légère purgation avec la manne et la casse ; continuation de demi-lavements ; déjections alvines plus abondantes ; nulle douleur à l'abdomen. Le sixième jour après l'opération, douleurs vives correspondantes à la plaie, qui présentait aussi du gonflement et une inflammation plus intense de mauvaise nature, rénitente, et sans suppuration. Cet état inflammatoire détermina la mort de la malade, le septième jour après l'opération, sans qu'elle ait éprouvé aucun des accidents qui suivent ordinairement l'opération de la hernie, excepté l'inflammation de la plaie.

L'ouverture du corps fit voir une inflammation très-profonde dans la plaie et les parties qui l'entouraient, telles que la partie supérieure des

muscles de la cuisse et la région inférieure de ceux de l'abdomen ; une couleur noire, mais sans gangrène, de la circonférence d'un tiers de l'iléon, et d'un pouce et demi d'étendue. Cet intestin n'était point percé; il présentait des adhérences, un resserrement, et une épaisseur plus grande dans la partie qui formait hernie que dans le reste de sa continuité. L'intestin cæcum était parsemé de stries légères rougeâtres. Nul épanchement, point de pus formé ; seulement le sac, comme filamenteux, était réduit en une bouillie grisâtre.

Suivant Arnaud, les adhérences sont par agglutination, ou bien elles paraissent fibreuses, charnues ou spongieuses(1). Les premières se montrent le plus fréquemment, et l'on peut les détruire avec le manche du scalpel ; les secondes doivent être divisées avec le tranchant de l'instrument, mais les charnues (2) exigent, suivant lui, une opération qu'il a le premier mis en pratique. Il recommande de fendre, chez les femmes, tout-à-la-fois sur le côté, l'intestin et le sac herniaire. Dans l'homme, Arnaud croit qu'avant d'inciser l'intestin, le sac et l'étranglement, l'on doit, pour éviter l'hémorrhagie qui proviendrait de la section de l'artère testiculaire, lier le cordon, sacrifier le testicule, plutôt que de livrer le malade à une mort certaine, par la lésion du vaisseau dont nous venons de parler (3).

Cette recommandation d'Arnaud est hardie, mais sa pratique n'est pas sans inconvénients, et l'un des plus grands est d'ouvrir un intestin, de produire une fistule stercorale, ou un anus contre nature. Il nous semble que dans cette circonstance, si l'on croyait que le cordon testiculaire, placé le long du bord inférieur du muscle costo-abdominal, dans le canal sus-pubien, adhérât aux parties voisines par un tissu cellulaire que l'inflammation aurait condensé, et que conséquemment les vaisseaux ne pussent pas fuir devant le tranchant du bistouri, il vaudrait mieux débrider en dedans, d'après la méthode de Gimbernat, que de priver le malade d'un organe important. Je pense même que, dans ces cas, il est très-souvent possible de décoller l'intestin dans une petite étendue, et de porter l'instrument entre

(1) Loc., cit., pag. 773.
(2) Tom. II, pag. 181—227.
(3) Pag. 775.

lui et l'anneau crural, pour inciser en dedans, parallèlement à la branche horizontale du pubis.

L'adhérence et l'irréductibilité des hernies, ne sont pas les seules circonstances qui peuvent les compliquer ; il est un accident souvent très-grave, qui se manifeste inopinément, et duquel dépend le plus grand danger : c'est l'étranglement.

On nomme ainsi la résistance des ouvertures par lesquelles les viscères sont sortis, ou se sont engagés contre l'effort de ces mêmes viscères qui tendent à les dilater, parce que leur volume naturel ou accidentel n'est pas en rapport avec le diamètre de ces ouvertures. Cette définition n'est cependant applicable qu'à un certain nombre de cas. Il en est pour lesquels on ne peut l'admettre, parce que les viscères ne traversent aucun anneau; telle est, par exemple, la torsion sur elle-même d'une anse intestinale, une adhérence dans un point des parois de l'abdomen, qui la force à former un angle avec la portion intestinale située au-dessous, etc., etc.

Nous pourrions, pour parler d'une manière plus générale, définir l'étranglement un obstacle apporté à la circulation sanguine, ou au cours des matières alimentaires ou fécales, d'où résulte des accidents plus ou moins graves, et souvent d'une rapidité extrême dans leur développement et leur terminaison.

Dans tout étranglement il y a des parties comprimées et des parties comprimantes; les unes et les autres se trouvent dans un état de souffrance, et cette compression réciproque, trouble les fonctions de ces parties, change leur mode de vitalité, s'oppose à la circulation sanguine, donne lieu à des sécrétions nouvelles, et tend à y éteindre la vie.

L'étranglement a son siége dans des points très-variés : il peut être interne ou externe ; et ce dernier que nous nommons étranglement herniaire. doit seul nous occuper.

1° On l'a vu le plus souvent exister dans le conduit crural ou à l'un de ses orifices ;

2° Il est quelquefois produit par le sac ;

3° Il peut aussi dépendre des parties contenues dans le sac.

Formé par le conduit crural, l'étranglement se trouve tantôt à son ouverture abdominale ; et c'est ou la partie interne de cet orifice ou des brides fibreuses, le fascia-propria, par exemple, qui peuvent le constituer. S'il existe dans le canal lui-même, c'est le plus souvent parce que les

parties déplacées ont glissé dans la gaîne des vaisseaux; enfin à l'orifice externe du canal crural, l'étranglement peut être produit par le pourtour de cette ouverture, par la circonférence des pertuis d'un feuillet fibreux livrant passage aux vaisseaux lymphatiques; ou enfin par la compression du fascia-superficialis.

L'étranglement à l'orifice abdominal du conduit crural n'est bien connu que depuis le mémoire de Gimbernat. M. W. Lawrence pense, d'après ses recherches et sa propre expérience, que l'étranglement dans la hernie fémorale, existe le plus souvent à cet orifice abdominal (1). C'est particulièrement à MM. Hey, Burns, Monro et A. Cooper, que nous devons la connaissance exacte de l'étranglement dans le conduit crural ou à son orifice antérieur.

Cependant depuis long-temps on avait observé que les fibres du fascia-lata qui s'implantent sur le ligament de Poupart, peuvent produire l'étranglement en portant en bas le bord inférieur du muscle costo-abdominal, et en le maintenant dans une tension très-forte. Richter (2) connaissait ces particularités, et savait qu'on mettait quelquefois fin aux accidents de l'étranglement, en incisant le feuillet aponeurotique superficiel. Gunz et Bertrandi avaient également fait la même observation.

Il paraît que le célèbre Morgagni avait quelque connaissance de ce fait. Arnaud en parle d'une manière positive, et il déclare que tout chirurgien doit savoir que certains paquets de fibres du fascia-lata plus ou moins multipliés, sont capables de produire l'étranglement dans la hernie fémorale, et même dans le bubonocèle, et qu'il n'est pas rare d'observer qu'après la section de ces fibres, les viscères rentrent facilement. Il attribue cette découverte à Garengeot (3).

Suivant quelques auteurs, l'étranglement est formé par l'orifice antérieur du conduit crural dans les hernies volumineuses, et par l'ouverture postérieure du même canal dans les hernies peu considérables.

Le col du sac peut quelquefois produire l'étranglement. M. Ch. Bell a publié une observation de hernie crurale chez une femme où l'étrangle-

(1) Nuevo metodo de operar en la hernia crural, per D. Antonio de Gimbernat, dedicado al rey nuestro señor don Carlos IV (que Dios guarde). Madrid, 1793.

(2) Loc. cit., pag. 246.

(3) Arnaud, pag. 776.

ment existait au col du sac, qui embrassait tellement les parties, qu'il fut très difficile à l'opérateur d'introduire une sonde cannelée (1).

Les observations sur ce genre d'étranglement ne sont pas très-rares, et un fait très-curieux s'est présenté dernièrement à M. le professeur Dupuytren. Il indique le danger qui résulte de la réduction par le taxis, ou sans ouvrir la tumeur et le sac, lorsque la compression est exercée par le collet de cette poche.

VINGTIÈME OBSERVATION.

Paul Michel, couverturier, d'une constitution sèche et peu musculeuse, mais d'un tempérament bilieux et nerveux, fit, à l'âge de vingt-trois ans, un violent effort pour soulever un fardeau; une douleur vive et subite au pli de l'aine, du côté gauche, le força d'abandonner ce fardeau; il s'aperçut au même instant, qu'une tumeur du volume d'une noix, distendait la peau de cette région, qu'elle était rénitente, douloureuse, mais réductible par un léger effort. Des cataplasmes appliqués sur cette tumeur eurent bientôt dissipé la douleur.

Vingt-huit ans se passèrent sans que la tumeur de l'aine causât d'autre accident que quelques coliques accompagnées de constipation; symptômes qui se calmaient assez vite quand la tumeur était rentrée, ou que le malade prenait de légers purgatifs.

La pression exercée avec la main suffisait pour la réduire, et souvent même la seule position sur le dos faisait rentrer les parties dans l'abdomen. La tumeur, qui était de forme globuleuse, élastique, facilement réductible en faisant entendre un gargouillement, ne fit que peu de progrès, et d'une manière presque insensible.

Le 1er décembre 1818, Michel éprouva de la gêne en marchant; la grosseur qu'il avait dans l'aine se tendit et devint légèrement douloureuse. Le malade s'en inquiéta d'abord très-peu; mais la douleur augmentant ainsi que le volume de la tumeur, il essaya par les moyens accoutumés à en obtenir la réduction: il n'y put parvenir, quelque effort qu'il fît. Des nausées, puis des hoquets, des coliques partant de la tumeur et se dirigeant vers l'ombilic, des vomissements de matières jaunes ou vertes, la suppression des évacuations alvines, se déclarèrent dans le courant du jour, et ne lais-

(1) Surgical observations, part. II. Being quarteley report of cases in surgery, etc.

sèrent plus de doute sur l'étranglement de la hernie. Un chirurgien appelé auprès du malade, reconnut l'étranglement, et lui conseilla d'entrer à l'Hôtel-Dieu, ce qu'il ne fit qu'après trois jours de vains efforts et de tourments ; il ne vint dans cet hôpital que le 5 décembre.

La grosseur qui occupait le pli de l'aine, du volume d'un œuf de poule, dure, bosselée, devenant plus saillante par les efforts de la toux, excessivement douloureuse, fit effort pour soulever l'arcade crurale par laquelle elle était bridée avec violence. Une pression légère déterminait de la douleur dans l'abdomen. Le malade présentait tous les signes de l'étranglement ; son pouls était petit, serré, fréquent, dur ; sa face un peu fatiguée, mais non grippée ; sa respiration fréquente et courte ; on le mit au bain. Dans la journée, la tumeur rentra tout-à-coup et avec bruit : le soir on fit une saignée de deux palettes, on donna des lavements. Le quatrième jour de l'étranglement les accidents persistaient toujours ; il n'y avait aucune évacuation de gaz ni de matières par l'anus. L'on donna trois bains dans la journée ; le soir on répéta la saignée.

Le cinquième jour, aux symptômes indiqués, se joignirent les vomissements d'un liquide jaune foncé, trouble, ayant l'odeur des matières fécales, contenant un peu de graisse. Le ventre était médiocrement tendu ; aucun point plus douloureux ni plus dur ne put faire reconnaître, d'une manière certaine, le lieu fixe de l'étranglement. Ce cas était tout-à-fait semblable à deux autres qui se sont présentés à M. Dupuytren ; le seul avantage qu'on avait ici, c'est qu'on savait de quel côté existait l'étranglement, tandis que M. Dupuytren fut, dans les autres circonstances, obligé d'opérer successivement des deux côtés, les malades ayant deux hernies réduites, et ne sachant dire de quel côté les douleurs étaient plus vives.

Le sixième jour, le malade rendait quelques matières et quelques vents par l'anus ; les vomissements et autres symptômes persistaient ; le pouls reprenait un peu de vivacité, de tension, il restait toujours fréquent, serré.

Le septième jour, le malade était tourmenté par des vomissements plus fréquents.

Le huitième jour, le même état persistait ; les plus longues intermittences étaient de six à sept heures. M. Dupuytren désirait vivement que le malade se décidât à l'opération. D'ailleurs le ventre n'était ni douloureux ni tendu, et l'on pouvait espérer que la hernie sortirait de nouveau. La nuit fut assez bonne ; il y eut un peu de sommeil et quelques

selles. Le lendemain on continua les bains comme les jours précédents ; le malade s'y trouva mieux.

Le onzième jour, le malade assurait qu'il n'avait ni rapports, ni hoquets ; cependant il vomissait quelques matières bilieuses ; son haleine était fétide ; sa langue couverte d'un enduit jaunâtre. On observait de temps en temps quelques hoquets. L'eau de gomme qu'on lui donnait à boire était rejetée aussitôt.

Le douzième jour, la nuit avait été fort agitée ; le malade éprouvait une sensation de gène, d'anxiété. Les rapports, les nausées, le hoquet, les vomissements de matières stercorales, l'affaiblissement, décidèrent le malade à se laisser opérer, pour éviter une mort certaine. Deux moyens existaient pour lever l'étranglement : faire une incision à la paroi antérieure de l'abdomen, au-dessus de l'arcade crurale, et au-devant du point présumé correspondre à l'étranglement ; rechercher le lieu étranglé jusqu'à ce qu'il fût trouvé ; examiner avec la main les points de la cavité abdominale, pour découvrir les brides formant un obstacle au cours des matières. Ce parti était dangereux, sur-tout dans un étranglement datant de quinze jours, et qui exposait à détruire les adhérences, seules barrières qui, dans le cas de gangrène, s'opposent à l'épanchement des matières fécales. Dans le deuxième procédé, après avoir pratiqué une incision audevant de l'arcade crurale, l'on devait tâcher d'attirer le sac au dehors avec les parties étranglées, pour débrider ensuite sur la tumeur ramenée ainsi à la condition d'une hernie crurale ordinaire étranglée chez l'homme. C'est ce parti qu'on adopta.

Un premier coup de bistouri divisa, dans une étendue de deux pouces, la peau et le tissu lamineux sous-jacent, suivant une ligne perpendiculaire à la direction de l'arcade crurale. Le fascia-superficialis fut ensuite incisé, et l'orifice antérieur du canal mis à découvert ; le fascia-lata divisé à son tour, ainsi que l'arcade crurale. Le doigt introduit jusqu'à deux pouces de profondeur derrière l'anneau, sentit un corps arrondi, élastique, rénitent ; le malade y rapportait le siége de ses douleurs. Quelques paquets de tissu lamineux servirent à attirer au dehors ces corps auxquels ils adhéraient. Cette manœuvre fut favorisée par des efforts de toux. Enfin, on vit sortir sous l'arcade crurale une tumeur inégale, d'une couleur gris-blanc, enveloppée par du tissu lamineux. Une ponction fut pratiquée, et donna issue à un jet de liquide sanguinolent ; il fut pro-

jeté à six ou sept pouces de distance. M. Dupuytren agrandit cette ouverture crucialement ; on vit alors dans cette poche une anse intestinale, d'un rouge brun ; des tractions plus fortes attirèrent le sac à deux pouces au-dessous de l'arcade ; son col se présenta alors à son niveau. A l'aide de ciseaux, on prolongea l'incision verticale jusqu'à l'arcade crurale, qui fut débridée obliquement en dehors et en haut, au moyen d'un bistouri boutonné convexe, dans l'étendue de deux ou trois lignes. Ce point étranglé fut mis à nu, et les ciseaux opérèrent la section du cercle rétréci qui faisait la constriction ; la détente fut aussitôt produite.

Cinq minutes après l'opération, des vents avaient déjà pris leur cours naturel, et le malade croyait avoir rendu des matières par l'anus. Vingt minutes plus tard une selle copieuse eut lieu, et dans la journée il en eut trois: dès lors le malade marcha sans entrave vers la guérison. Le sommeil dura presque toute la nuit; tous les symptômes de l'étranglement disparurent. Le ventre perdit de son volume.

Le quatorzième jour, une légère sanie sanguinolente mouilla la charpie ; un sentiment léger de cuisson se fit sentir à la plaie. Le malade éprouva le besoin de prendre des aliments ; la soif était légère ; la langue humide, présentait une rougeur très-peu vive.

Le seizième jour, le malade se leva et sortit de l'hôpital complétement guéri. La cicatrice linéaire fut soutenue par un bandage, quoique l'anneau n'offrît pas plus de distension de ce côté que de l'autre.

VINGT-UNIÈME OBSERVATION.

Delasellerie, journalière, fille âgée de cinquante-cinq ans, vint à l'Hôtel-Dieu le 4 août 1807.

Elle portait depuis plusieurs années une hernie crurale du côté droit ; cette hernie rentrait facilement et était maintenue par un bandage. Quinze jours avant son entrée dans l'hôpital, elle eut une indigestion ; la hernie devint douloureuse et irréductible ; un chirurgien y appliqua des cataplasmes émollients ; la malade eut des coliques, des vomissements bilieux, puis des vomissements de matières fécales, de la constipation.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, la face était grippée comme dans toutes les affections abdominales, les extrémités froides, le pouls très-serré et petit, le ventre tendu ; on y remarquait des saillies formées par des intestins grêles

dilatés. Alors la hernie, de la grosseur d'un œuf de poule, parut très-tendue et irréductible ; les pressions exercées sur elle paraissaient peu douloureuses.

Quelques instants après il y eut des vomissements de matières fécales, la tension du ventre diminua, la hernie put facilement être réduite.

On jugea que l'opération ne pouvait plus être pratiquée et que la malade était perdue.

On donna une potion thériacale.

La malade mourut le 17 août

L'ouverture du corps montra tous les intestins, et sur-tout les intestins grêles, distendus par beaucoup de gaz.

Leur couleur était d'un rouge obscur ; plusieurs points gangrenés se fesaient remarquer sur les intestins grêles ; une anse d'un pouce et demi à-peu-près de l'iléon était étranglée par un resserrement de l'orifice du sac herniaire, causé tant par l'épaississement de ce sac, que par l'adhérence d'une partie du grand épiploon à sa surface, et par la compression que produisait cette bride. La portion d'intestin ainsi étranglée était gangrenée, noire, se déchirait facilement ; les parties de l'intestin situées au-dessous de l'étranglement étaient un peu distendues par des gaz, mais non autrement altérées.

Outre le col du sac, ou le conduit crural, nous avons dit que l'étranglement reconnaissait quelquefois pour cause une disposition particulière des organes contenus dans le sac lui-même. Ainsi les adhérences des parties renfermées soit au sac, soit entre elles, des brides, une torsion de l'intestin sur lui-même, une portion d'épiploon embrassant l'anse de ce même canal digestif, une perforation de l'épiploon ou du mésentère, et l'introduction de l'intestin par cette ouverture, des appendices intestinales naturelles ou contre nature, l'invagination de l'intestin, des corps étrangers dans sa cavité, la déchirure du sac et le passage des viscères à travers cette solution de continuité, doivent être considérés comme autant de causes de l'étranglement produit par la poche qu'enveloppe les parties déplacées.

VINGT-DEUXIÈME OBSERVATION.

La nommée Guy, âgée de soixante-quatorze ans, avait une hernie crurale depuis plus de cinquante ans. Cette hernie acquit successivement le volume des deux poings, sans avoir jamais été maintenue. Depuis douze jours la malade éprouvait des coliques, des nausées, des hoquets, des vomissements : il y avait constipation. Elle entra le 10 septembre 1817, à l'Hôtel-Dieu, portant au-dessous de l'arcade crurale gauche une tumeur conoïde plus volumineuse que les deux poings réunis, recouvrant la vulve, bosselée, molle, élastique, non fluctuante, irréductible, et sans changement de couleur à la peau, qui était un peu amincie.

La malade était languissante, sa voix faible, ses traits tirés, sa langue était un peu blanchâtre, la soif vive, le pouls mou, peu fréquent, et le ventre douloureux. On voyait à travers ses parois, les circonvolutions intestinales. La malade affirma qu'avant l'accident, la tumeur rentrait entièrement. Ce rapport, joint à l'état de la tumeur, qui était molle et peu douloureuse, fit penser un moment à M. Dupuytren qu'on pourrait réduire la hernie à l'aide du taxis : on y eut recours; les tentatives furent tout-à-fait inutiles. On procéda à l'opération : on craignit, en faisant une grande incision sur la tumeur, de produire une plaie considérable, dont la suppuration affaiblirait la malade, épuisée déjà par l'âge et par la maladie. On préféra faire une petite ouverture au-dessous de l'arcade, à l'aide de laquelle on put lever l'étranglement. Une incision de trois pouces fut pratiquée sur la partie moyenne et supérieure de la tumeur. Les enveloppes extérieures du sac furent divisées par couche, à l'aide de la sonde cannelée; le sac fut ouvert avec la pointe d'un bistouri, et fendu dans l'étendue de deux pouces, avec ce bistouri conduit sur une sonde cannelée. Un liquide grisâtre, puriforme, s'écoula par l'ouverture; on reconnut à son odeur que ce n'était point des matières fécales. Le doigt introduit dans le sac, sentit des brides, des adhérences cellulaires, ce qui prouva que le rapport de la malade était faux. M. Dupuytren, à l'aide du doigt, détruisit plusieurs des adhérences. Le débridement fut pratiqué en haut et en dehors avec le bistouri droit boutonné; l'intestin déplacé ne put être réduit : cet intestin était rouge. La plaie fut convenablement pansée : on mit des fo-

mentations émollientes sur le ventre; deux demi-lavements furent administrés.

Premier jour, persévérance des accidents de l'étranglement, point de déjections alvines, coliques, tension douloureuse du ventre, pouls petit, presque insensible, écoulement par la plaie de matières grisâtres mêlées à du pus, faiblesse très-grande (petit-lait, fomentations émollientes, deux demi-lavements purgatifs).

Second jour, persistance des accidents, cris plaintifs, langue sèche, pouls insensible, développement de gaz dans l'intestin déplacé, écoulement par la plaie, d'une matière puriforme; taches noirâtres, gangréneuses de l'intestin, qui apparut entre les lèvres de la plaie : on fendit avec une lancette cet intestin gangrené; il ne s'écoula point de matières fécales. Le soir, extrémités froides; mort dans la nuit.

Examen du corps. — Le canal intestinal était divisé en deux portions : la supérieure était dilatée; l'inférieure était revenue sur elle-même. Une portion du jéjunum se dirigeait sous l'arcade crurale de haut en bas, de droite à gauche, se continuait au dehors avec l'iléon, qui était tout entier, y faisait différents contours : c'étaient ces parties qui formaient la hernie. Ces circonvolutions rouges, dilatées, avaient contracté des adhérences celluleuses entre elles, qu'on avait reconnues pendant la vie de la malade : une petite partie avait été détruite pendant l'opération. L'intestin, après avoir fait différents contours, se dirigeait sous l'arcade crurale de bas en haut, de gauche à droite, pour se terminer au cæcum. Mais un peu au-dessus de l'endroit où ces deux portions passaient sous l'arcade fémorale, elles s'entre-croisaient de manière à former un 8 de chiffre. La portion d'intestin qui descendait, passait au-dessous de celle qui remontait à l'endroit de cet entre-croisement, une bride de l'épiploon passait audevant, venait s'attacher au pubis, et former une corde qui comprimait les intestins.

Il y avait tant de complication dans cette hernie, qu'il était impossible de reconnaître la nature et la cause de l'étranglement. Dans un cas ordinaire, on aurait bien pu reconnaître la présence de la bride et la couper; mais aurait-on pu remédier à l'entre-croisement des intestins, qui était le principal obstacle au cours des matières fécales? Dans le cas dont il s'agit, cela devenait impossible sous plus d'un rapport; cependant il est des circonstances

où cette espèce d'étranglement ne doit point être au-dessus des ressources de l'art.

Garengeot (1) cite une observation de Petit sur l'étranglement d'une hernie déterminée par la déchirure du sac et par le passage des parties contenues dans ce sac, à travers cette déchirure. M. Rémond a publié l'histoire d'un fait analogue ; et dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, art. *déchirement*, j'ai indiqué plusieurs autres faits du même genre. J'en rapporterai un dernier que j'ai extrait d'une dissertation très-bien faite par M. Ducros, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Marseille, auquel je dois une observation curieuse de hernie crurale.

Georges Scacott, charpentier à bord d'un navire anglais, portait depuis long-temps dans l'aine une hernie qu'il était dans l'habitude de faire rentrer. Un jour, en faisant cette réduction, il éprouva plus de peine qu'à l'ordinaire ; après de grands efforts, la tumeur fut enfin réduite ; mais bientôt des coliques violentes, des vomissements le tourmentèrent au point que le même jour il demanda à entrer à l'Hôtel-Dieu de Marseille. Par un entêtement, malheur trop fréquent chez les gens du peuple, et dont il est souvent difficile de concevoir la raison, le malade ne voulut donner aucun renseignement sur la cause des accidents qu'il éprouvait, et il expira au bout de vingt-quatre heures, après avoir rendu beaucoup de matières fécales par la bouche. L'ouverture du corps fit découvrir une déchirure à un sac herniaire, et une anse intestinale engagée et étranglée dans cette ouverture (2).

Les signes de l'étranglement offrent des différences suivant la partie engagée dans le conduit crural. Ceux de la cystocèle, de l'épiplocèle ou de l'entérocèle, ne sont pas les mêmes ; on peut même dire qu'ils varient suivant que la tumeur est formée par l'intestin grêle ou par le gros intestin.

La sensibilité développée dans la tumeur et son irréductibilité sont des signes communs ; l'interruption entière ou partielle de l'excrétion des matières désigne l'étranglement d'une entérocèle.

Les borborygmes, les douleurs de l'abdomen, son gonflement, sa ten-

(1) Opérat., tom. I, tom. 329.

(2) Recherches anatomiques et pathologiques sur la hernie crurale, faites à l'Hôtel-Dieu de Marseille, etc. Montpellier, 1817.

sion, les nausées, les efforts de vomissement, les vomituritions et la constipation sont des signes communs à plusieurs affections. C'est ainsi qu'un empoisonnement, une entérite ou une péritonite, un volvulus, quelquefois même un calcul rénal ou un gravier arrêtés dans l'urèthre, un corps étranger dans les voies digestives, peuvent donner lieu à des phénomènes analogues à ceux qui dénoncent un étranglement.

Dans l'étranglement proprement dit, tous les accidents se font observer dans le bout de l'intestin situé au-dessus de la compression. Le bout inférieur du canal digestif reste étranger à la maladie, et il ne présente aucun phénomène remarquable. Quelquefois cependant, il sort des matières stercorales ou des gaz, mais ils proviennent seulement de la partie inférieure du canal digestif.

La portion supérieure de l'intestin située au-dessus de l'obstacle est véritablement active ; elle se distend, réagit sur cet obstacle ; des coliques surviennent, un mouvement anti-péristaltique s'établit, et l'on voit paraître les nausées, le hoquet, les vomissements, d'abord de matières alimentaires, puis de mucosités ou de bile, enfin de matières provenant de l'intestin grêle ; elles sont liquides, d'un jaune doré, et exhalent l'odeur des excréments. M. le professeur Dupuytren regarde cette excrétion des matières fécales par la bouche, comme le signe principal et pathognomonique de l'étranglement. Ainsi, dans tout obstacle au cours des matières destinées à parcourir le canal digestif, on observera les symptômes dont nous parlons ; que ce soit un étranglement, à proprement parler, un obstacle intérieur au cours des excréments, une compression exercée par une tumeur sur le canal intestinal, l'effet est toujours le même.

VINGT-TROISIÈME OBSERVATION.

Gruet (marie), âgée de cinquante-neuf ans, avait depuis près de trente ans une hernie crurale qui ne l'incommodait pas, lorsque dans la matinée du 4 février 1816, faisant des efforts pour soulever un vase rempli de lait, elle sentit une douleur assez vive vers sa tumeur, qui dès cet instant devint irréductible; des nausées, des envies de vomir et des vomissements ne tardèrent pas à paraître. La nuit se passa sans sommeil, le ventre devint douloureux, les vents et les matières cessèrent de passer par l'anus. Les accidents

augmentant d'intensité, la malade prit le parti d'entrer à l'Hôtel-Dieu le 5 février.

Examinée à la visite du soir, elle offrit au-dessous de l'arcade une tumeur rénitente arrondie, irréductible. Les renseignements donnés par la malade mirent hors de doute l'existence d'une hernie crurale étranglée. Mais comme elle affirmait que l'accident était arrivé la veille, on ne dut pas se hâter de pratiquer l'opération, et l'on prescrivit une saignée, un bain, et l'application de cataplasmes sur la tumeur. Cependant ces moyens ne diminuèrent pas les accidents; aussi le lendemain se détermina-t-on à opérer, et on y procéda de la manière suivante : Un pli fait à la peau, parallèlement à l'arcade crurale, fut incisé jusqu'à sa base avec un bistouri convexe sur le tranchant ; chacune des lèvres de la section fut divisée à sa partie moyenne de manière à rendre cruciale l'incision ; le tissu lamineux fut enlevé par couches, ensuite on ouvrit un kiste qu'un œil peu observateur aurait pu prendre pour la cavité du sac et qui mit à découvert deux saillies arrondies, séparées par un sillon. Cette disposition donnait aux parties l'apparence d'une anse intestinale ; M. Dupuytren soulevant avec une pince à disséquer et coupant avec des ciseaux le feuillet qui formait le fond de ce kiste, pénétra dans l'intérieur du véritable sac ; cette ouverture agrandie crucialement, les saillies et le sillon disparurent, et l'on put reconnaître seulement alors les complications de la hernie. En effet, une portion d'épiploon contenue dans le sac, y adhérait de toutes parts; il était d'une couleur violette, exhalait une odeur nauséabonde, et se laissait déchirer sans répandre une goutte de sang. A son centre se trouvait aussi adhérente une anse d'intestin d'un rouge foncé et offrant une faible résistance. Quelle conduite devait-on tenir? L'état des parties ne permit que le débridement, on l'opéra directement de bas en haut, avec un bistouri que dirigeait le doigt indicateur entre l'épiploon et l'arcade crurale. La malade fut pansée avec un linge fenêtré et couvert de charpie de compresses triangulaires maintenues par le spica de l'aine. On prescrivit des lavements émollients, des fomentations de même nature sur le bas-ventre, et pour boisson du petit-lait édulcoré.

Pendant la journée qui suivit l'opération, la malade n'en éprouva pas les avantages; les lavements furent rendus sans être altérés par les matières fécales; les coliques, les nausées continuèrent, la fièvre augmenta. Le lendemain il y eut des vomissements de matières fécales très-abondants :

la malade conduite au bain ne put le supporter que pendant quelques minutes.

Le troisième jour, l'appareil étant levé, on trouva l'épiploon ramolli presque diffluant ; la circonférence de la plaie tuméfiée sur-tout en dehors ; l'intestin était rentré. Le doigt indicateur introduit dans la plaie, M. Dupuytren put s'assurer que l'étranglement n'existait plus ; cependant les vomissements se répétaient, le ventre était douloureux, et la fièvre assez vive ; on couvrit la plaie et une partie de l'abdomen d'un cataplasme émollient, et on continua l'usage du petit-lait.

Il n'y eut pas de mieux le jour ni la nuit suivante.

Le lendemain à la visite du matin, on trouva l'intestin sorti; on souleva sa paroi avec des pinces, et on en excisa une portion avec des ciseaux. Au même instant, un flot de matières bilieuses et stercorales mêlées de gaz s'échappa, mais il s'arrêta bientôt; alors on augmenta l'étendue du débridement en introduisant le doigt indicateur dans la cavité intestinale ; et en conduisant par-dessus un bistouri boutonné qui coupa de bas en haut les parties opposées à son tranchant, un nouveau flot de liquides s'écoula, puis s'arrêta comme le premier. Des soins de propreté furent prodigués à la malade; et l'on espérait que cet anus contre nature établi, les accidents pourraient céder, et qu'ensuite il serait plus facile d'obtenir la cicatrisation de la fistule stercorale. En effet, cette ouverture donna issue pendant la journée à des matières de la même nature que le matin ; mais vers le soir, la faiblesse devint extrême, les membres froids, et cette malheureuse expira.

Ouverture du cadavre. — La portion d'intestin grêle située au-dessus de l'étranglement, était d'un très-gros volume, et ses circonvolutions présentaient entre elles des adhérences sans intermédiaire, tandis que la partie du canal intestinal, placée au-dessous de l'étranglement, était rétrécie et sans inflammation.

Il n'y avait point d'épanchement dans l'abdomen, le péritoine présentait de la phlogose. Le jéjunum passait sur la partie d'intestin qui formait la hernie et la comprimait, ce qui peut rendre raison de ce que la liberté du canal intestinal ne s'était point rétablie.

Les organes des autres cavités étaient sains.

La rapidité avec laquelle les accidents s'étaient développés, et l'état des

parties contenues dans la tumeur, lors de l'opération, peuvent bien faire penser que la malade s'était trompée en ne faisant remonter l'étranglement qu'à vingt-quatre heures avant son entrée à l'hôpital.

Dans les inflammations abdominales, les cholera-morbus, on observe plusieurs symptômes appartenant aussi à l'étranglement; mais on ne remarque point le rejet par la bouche des matières fécales, que nous considérons comme univoque et indiquant un étranglement ou un obstacle apporté au cours des excréments dans le canal intestinal.

Lorsqu'il n'y a de compris dans la hernie qu'une partie du calibre de l'intestin, alors le vomissement des matières fécales n'arrive pas toujours; quelque excrétion s'opère par la voie ordinaire; et si la gangrène survient et qu'il se forme un anus accidentel, la guérison peut s'en faire spontanément. La tumeur est petite, et ces signes peuvent quelquefois suffire pour faire reconnaître le simple pincement de l'intestin. On peut confondre cette circonstance avec l'étranglement de l'épiploon; mais, dans ce dernier cas, il n'existe que des accidents locaux, et si les vomissements se manifestent, ils sont simples et muqueux, sans offrir jamais de matières stercorales.

Les signes que nous venons d'exposer, empêchent de confondre l'étranglement avec tout autre accident, même lorsque le malade est atteint d'une hernie irréductible, et qu'il existe une inflammation des intestins situés dans l'abdomen; cependant, M. Monro prétend que cette phlegmasie peut être prise pour celle que produit l'étranglement d'une portion de l'intestin dans l'intérieur du sac, et Pott rapporte deux exemples d'une semblable méprise.

M. Charles Bell (1) pense que l'étranglement résulte de l'angle nouveau formé par l'intestin renfermé dans le sac, et que le danger provient de la formation de cet angle, par lequel les matières sont arrêtées. Il croit aussi que dans cette occurrence il se fait dans l'intestin une sécrétion qui facilite l'engouement et augmente le danger. C'est de cette dernière circonstance que provient le danger des petites hernies, et il doit augmenter en raison du délai que l'on met à opérer. Suivant le chirurgien anglais, tant que nous sommes conduits à supposer que l'intestin est simplement rempli de matières fécales qui ne peuvent ni augmenter ni di-

(1) Part. II of surgical Observations, etc.

minuer, nous croyons pouvoir temporiser. Mais si nous savions que lorsqu'une petite portion d'intestin est retenue dans un étranglement, elle se remplit alors par le produit de sa propre sécrétion, ce serait sans doute un motif de plus pour en venir très-promptement à l'opération. Le même auteur dit, qu'un point principal dans l'appréciation des symptômes de la hernie étranglée est de ne pas juger du danger d'après leur intensité, et de ne point se régler sur ces phénomènes pour se décider à opérer ou pour temporiser. La plupart des symptômes n'ont souvent aucun rapport avec l'urgence de l'opération, parce qu'ils ne dépendent point de l'état de l'intestin étranglé, mais bien de la distension générale et de l'irritation du canal digestif au-dessus de la hernie. Les coliques, les vomissements, la tension du ventre, et même l'expression de la figure, la fréquence et la faiblesse du pouls tiennent à l'état général des intestins; et nous observons, tantôt ces symptômes très-développés, quoique l'intestin contenu dans le sac soit encore dans son état naturel; tantôt, au contraire, ces symptômes sont peu remarquables par leur force; et cependant l'intestin est sur le point de tomber en gangrène. Suivant M. Ch. Bell, on doit s'attacher beaucoup moins à observer ces symptômes qu'à étudier avec soin les différents états de la tumeur. Il faut s'accoutumer à déterminer d'après le lieu où elle existe, d'après son apparence, sa dureté, etc., si l'opération est nécessaire ou non; et lorsqu'on a reconnu que la tumeur est une hernie, qu'il se manifeste des signes d'étranglement, que le canal est obstrué, le mieux est de faire promptement l'opération (1).

La hernie fémorale n'est pas, suivant Percival Pott (2), si sujette à l'étranglement que la hernie sus-pubienne, parce que l'intestin se trouve placé dans un plus grand espace. Il est étonnant de voir un chirurgien aussi distingué que Pott, se tromper de la sorte. La cause de son erreur vient de ce qu'il croyait que le déplacement dans la hernie crurale pouvait s'effectuer dans tout l'espace qui va de l'épine antérieure et supérieure de l'os coxal jusqu'à celle du pubis. M. Hey (3) dit avec plus de raison, que l'étranglement est plus fréquent, et sur-tout plus intense dans la hernie qui se fait par l'anneau abdominal inférieur que par l'anneau sus-

(1) Part. II surgical Observations, etc.

(2) Œuvres chirurgicales, tom. 1er, pag. 391.

(3) Practical Observations, etc.

pubien, et qu'il est sur ce point d'un avis différent de celui de Pott, qui pense que dans ce genre de hernie, le chirurgien doit réduire les viscères sortis, sans faire aucune division avec l'instrument tranchant.

L'étranglement dans la mérocèle arrive plus fréquemment que dans la hernie sus-pubienne, quoique cette dernière puisse acquérir plus de volume que la première. Dans la hernie fémorale, les accidents se présentent aussi avec plus d'intensité, et exigent des secours beaucoup plus prompts. On peut trouver l'explication de ces différences dans la disposition des ouvertures par lesquelles le déplacement s'opère. En effet, le conduit crural est entièrement fibreux, et par suite de cette texture ses parois ne cèdent que difficilement ou résistent davantage que celles du conduit sus-pubien.

Le conduit crural affecte trois directions différentes : d'abord presque horizontal sur la branche du pubis, recouverte par le muscle sus-pubio-fémoral, entre l'éminence ilio-pectinée et le pubis, il devient presque vertical dans sa partie moyenne ; enfin, sa troisième portion se dirige d'arrière en avant et se termine à l'orifice antérieur ou anneau externe, représenté par le repli falciforme de l'aponeurose fémorale. Dans tout son trajet, le canal représente à-peu-près un Z ou un S renversé.

Le déplacement des parties s'opère plus brusquement dans les hernies fémorales que dans les sus-pubiennes. De là, plus de parties déplacées à-la-fois, moins de rapport entre le volume des viscères engagés dans les ouvertures et les diamètres de ces orifices, résistance et compression plus grandes de la part du pourtour de ces ouvertures, et enfin gêne dans la circulation du sang et des matières fécales ; étranglement.

Cette extensibilité des parties, plus difficile dans la mérocèle que dans les autres hernies, rend l'opération plus urgente, car la gangrène arriverait plus vite ici que dans la hernie sus-pubienne (1). C'est pourquoi M. Astley Cooper veut que l'opération soit faite, au plus tard, douze heures après l'invasion des accidents (2).

L'étranglement arrive plus aisément dans la mérocèle que dans les autres hernies, et il est souvent si considérable qu'il agit à la manière d'une

(1) The anatomy and surgical treatment of crural and umbilical hernia ; by Astley Cooper, part. II, pag. 15, London, 1807.

(2) Pag. 32.

ligature, et produit rapidement la gangrène des viscères contenus dans le sac. M. Monro pense comme M. Astley Cooper que ces circonstances doivent décider le chirurgien à ne pas attendre pour agir. Si l'on diffère trop de recourir à l'opération, une inflammation considérable se développe, elle affecte le sac herniaire, et il devient impossible de réduire les intestins, parce qu'alors il s'opère un épanchement et des adhérences entre le sac et les parties contenues, et souvent la gangrène ne tarde pas à se manifester (1).

L'étranglement inflammatoire et celui par engouement peuvent ne pas compliquer la mérocèle comme les autres hernies. Le premier est plus fréquent; quant au second, si l'on pense qu'il dépende de l'accumulation de beaucoup de matières fécales dans une anse d'intestin, on peut assurer qu'il est moins commun dans la hernie fémorale que dans la sus-pubienne, parce qu'elle a toujours moins de volume et qu'une petite quantité d'intestin se trouve dans le sac. Mais, si par engouement on entend l'accumulation des matières fécales ou de mucosités sécrétées par la portion de l'intestin renfermée dans le sac, alors l'étranglement avec engouement sera aussi fréquent dans la mérocèle que dans toute autre hernie. Une quantité extraordinaire de gaz développée dans la sac herniaire ou dans l'anse intestinale, peut, selon M. Monro, amener l'étranglement. L'épaississement du collet du sac et du tissu lamineux environnant, déterminé par le bandage ou par une pression continue sur la hernie, peut aussi produire le même effet.

D'après ce que nous venons de dire, il paraît que la distinction de l'étranglement avec inflammation et d'étranglement avec engouement, n'est pas aussi exacte qu'on le croit communément; car, dans l'une et l'autre circonstance, il y a des phénomènes inflammatoires et une espèce d'engouement résultant de la sécrétion qui s'opère dans l'intestin.

Je pense qu'il serait plus convenable de distinguer l'étranglement d'après l'intensité des symptômes inflammatoires et la rapidité des accidents, en *étranglement aigu* et en *étranglement chronique*.

Dans l'étranglement aigu, tous les accidents qui le dénoncent, se manifestent brusquement; les nausées, le hoquet, les vomissements muqueux, bilieux, puis ceux de matières fécales, surviennent, et ne cessent qu'à la mort

(1) Monro, the morbid Anatomy, etc.

du sujet, ou lorsqu'on enlève la cause de ces phénomènes. Si l'on administre un cathartique ou un purgatif pour obtenir des évacuations, il aggrave le malaise, et il est promptement rejeté. L'abdomen se tuméfie, prend de la rénitence, et devient sensible; la tumeur durcit, et fait éprouver des douleurs, soit par la pression de la main, soit par les secousses de la toux, de l'éternument ou des vomissements; la fièvre paraît et se développe de plus en plus; la soif est vive; la sensibilité dans la tumeur prend une grande intensité; et quelques malades comparent leurs souffrances à une brûlure ou à une constriction produite par une corde serrée sur la région de l'estomac ou de l'ombilic.

Le malade peut être dans un grand danger, quoique le pouls soit plus lent qu'à l'ordinaire (1), et M. Baillie a remarqué que dans ces circonstances, les signes fournis par la circulation ne sont pas des indices sûrs et infaillibles. Souvent, au bout de quelques heures, le hoquet et les vomissements deviennent de plus en plus fréquents, le pouls est très-petit, et ses battements se succèdent avec une telle rapidité, qu'on ne peut les compter. La respiration est laborieuse, toute la surface du corps se couvre d'une sueur froide et visqueuse, le délire la suit de près, et les convulsions qui succèdent viennent annoncer la mort. Quelquefois, avant ce dernier moment, tous les accidents cessent subitement, et un calme trompeur se manifeste. Il est pour le chirurgien instruit et expérimenté, le signe de la gangrène des parties contenues dans le sac, et bientôt de nouveaux accidents viennent confirmer le fâcheux pronostic qu'on a dû porter en pareille occurrence.

Tous ces phénomènes peuvent paraître, se développer et arriver à leur terme en quelques heures, en un jour ou un jour et demi : quelquefois ils durent plus long-temps, et s'ils se prolongent, ils constituent l'étranglement chronique.

Quoique les signes de l'étranglement paraissent faciles à saisir et à reconnaître, cependant il n'est pas sans exemple que des inflammations des viscères abdominaux ou de leurs enveloppes aient offert quelque similitude avec l'étranglement proprement dit, et aient jeté de l'incertitude dans l'esprit du chirurgien.

* On doit distinguer le traitement de la hernie fémorale en radical et en palliatif : le premier peut être obtenu par l'usage long-temps continué

(1) A. Monro, loc. cit.

du bandage : il est d'observation que dans cette hernie le brayer produit plus rarement cet heureux effet que dans la hernie sus-pubienne : les bords de l'ouverture, la forme du canal sont moins bien disposés à se resserrer ou à s'oblitérer, que dans la hernie que nous venons de nommer (1).

Si l'expérience et la raison n'avaient pas depuis long-temps fait justice de plusieurs moyens proposés pour obtenir la cure radicale des hernies, je dirais qu'ils sont moins admissibles dans le traitement de la mérocèle, que dans toute autre hernie.

Il faut donc s'en tenir à une cure palliative, et elle consiste à réduire les parties déplacées et faisant saillie au dehors, à les maintenir réduites par un bandage approprié, de la disposition et de la construction duquel nous croyons ne point devoir parler.

L'opération par laquelle on fait rentrer les viscères dans l'abdomen, est le taxis, elle est simple, et parfois très-facile ; mais dans quelques circonstances elle devient très-laborieuse, et exige une connaissance exacte de la disposition des parties à travers lesquelles le déplacement s'est opéré, ainsi qu'une dextérité que l'expérience seule fait acquérir.

Avant d'en venir au taxis, beaucoup de praticiens ont recours à des topiques de nature diverse ; c'est ainsi que les compresses trempées dans l'oxycrat, dans l'éther, dans l'eau à la glace, ou de la glace pilée, des affusions avec de l'eau très-froide ont été recommandées par plusieurs auteurs. M. Astley Cooper conseille de se servir d'un mélange de glace pilée, de nitrate de potasse et de muriate d'ammoniac : il met dix onces de ce mélange dans une livre d'eau, et introduit le tout dans une vessie que l'on place sur l'abdomen ou sur la tumeur.

Ces applications locales, ainsi que les potions purgatives ou minoratives et les lavements de même nature, que l'on rend quelquefois très-irritants, ne peuvent être recommandés que pour les hernies où l'étranglement est chronique, ce qu'on appelle encore étranglement par engouement : mais on a observé que dans l'étranglement aigu, c'est-à-dire, lorsque les accidents inflammatoires sont intenses, ces moyens sont plus nuisibles qu'utiles. On a cru devoir leur préférer les bains tièdes, les topiques émollients, relâchants, les saignées générales, etc. Je suppose que toutes les tenta-

(1) Lawrence, Traité des hernies, trad. de MM. A. Béclard et J. Cloquet, pag. 420.

tives n'aient pas réussi, ou qu'on ait jugé ne pas devoir les faire, et je vais parler spécialement du taxis.

La vraie manière d'exécuter cette opération n'a été indiquée que depuis qu'on a étudié avec soin la direction du canal fémoral et des ouvertures par lesquelles les parties se déplacent pour produire la mérocèle ; je dirai, mais avec peine, que plusieurs auteurs célèbres, et dont je vénère la mémoire, ont donné sur ce point de doctrine des préceptes qu'il ne convient pas de suivre. C'est ainsi que Sabatier (1) et Lassus (2) disent que dans le taxis pour la hernie fémorale, il ne faut pas pousser les parties de dedans en dehors comme dans la hernie sus-pubienne, mais de dehors en dedans, du côté de l'ombilic ; ils prétendent même, et c'est de là que provient l'erreur, que la direction de l'anneau du muscle costo-abdominal et celle de l'arcade crurale donnent la raison de cette différence.

Dans les ouvrages nouveaux que nous possédons sur les hernies, le mode de procéder à l'opération du taxis est conforme aux principes puisés dans l'étude de la disposition des parties. C'est à MM. de Gimbernat, Hey, Monro, Astley Cooper et W. Lawrence, que nous sommes redevables de ces changements dans la manière d'exécuter le taxis dans la mérocèle.

Antoine de Gimbernat, dans un ouvrage trop peu connu parmi nous (3), recommande de placer le malade sur le côté opposé à la hernie, la poitrine légèrement fléchie, et un peu plus basse que le bassin, la tête inclinée sur le thorax, et la cuisse correspondante à la tumeur portée dans une demi-flexion, de manière à ne point empêcher le chirurgien de manœuvrer en toute liberté. L'opérateur placé vers le bord du lit, et du côté de la hernie, doit saisir avec la main correspondante à l'abdomen du malade la tumeur par sa base et par sa partie supérieure, et la comprimer médiocrement sur ses côtés avec les trois premiers doigts ; il poussera en même temps avec ceux de l'autre main, son sommet en haut et en dehors, pour diriger la hernie vers l'anneau crural, car il serait impossible d'obtenir la réduction en agissant dans une autre direction. Cette manœuvre, lorsque

(1) Médec. opérat., tom. II, pag. 409.

(2) Pathol. chirurg., tom. II, pag. 45.

(3) Nuevo metodo de operar en la hernia crural ; por D. Antonio de Gimbernat, etc., Madrid, 1793, pag. 34.

la tumeur n'est pas enflammée, doit être soutenue pendant long-temps et sans discontinuer, en augmentant successivement le degré de pression: mais, lorsque le malade sera fatigué, on suspendra pour quelques instants la compression et les efforts de réduction ; sans abandonner la tumeur, on la tiendra ferme, jusqu'à ce que le malade s'étant suffisamment reposé, on puisse agir comme auparavant. M. de Gimbernat dit que dans plusieurs cas, il est resté plus d'une heure pour opérer la réduction, et il croit avoir été dans cette opération plus heureux que beaucoup d'autres praticiens, qui, sans observer les règles indiquées, se contentaient de faire de légères tentatives dans la crainte de produire quelque dommage à l'intestin. Il assure que de beaucoup de hernies qu'il a traitées de cette manière, il n'y en a eu qu'un très-petit nombre dont la réduction n'ait pas été obtenue, quoiqu'il en comprenne parmi ces dernières quelques-unes que des praticiens n'avaient pas pu faire rentrer.

Dans aucune des nombreuses réductions qu'il a faites, il n'est survenu d'accidents ; car, quoique la compression ait été continuée long-temps et par instants avec beaucoup de force, elle a toujours été augmentée graduellement et avec précaution.

Il faut cependant remarquer que ces manœuvres seraient très-nuisibles, si la tumeur était enflammée et très-douloureuse, et elles le deviendraient encore davantage si la gravité des symptômes annonçait une inflammation très-vive de l'intestin. Voilà le cas dans lequel le praticien sage ne doit pas tourmenter le malade par des tentatives imprudentes et peut-être mortelles, mais passer de suite à l'opération sanglante (1).

M. W. Hey (2) dit que lorsque dans la hernie fémorale, la tumeur a dépassé les bords du *processus falciformis* et s'élève au-dessus, si le chirurgien cherche à la réduire, quand elle est étranglée, en la repoussant en haut, il sera trompé dans son attente. La méthode de réduction qu'il a lui-même employée avec le plus d'avantages est celle-ci : Après avoir fait mettre le malade sur le côté opposé à celui de la hernie, le corps penché en avant et la cuisse du coté affecté faisant un angle droit avec le tronc, il éloigne le genou op-

(1) Este es el caso en que el facultativo prudente no debe fatigar al enfermo con manoseos infructuosos y tal vez mortales, sino pasar luego à la operation cruenta, etc., pag. 36.

(2) Practical Observations in surgery, illustrated by cases, etc.

posé et tourne les orteils en dedans ; alors il place les doigts de ses deux mains sur le sommet de la hernie et la pousse graduellement et doucement en bas. Par ce procédé, la hernie tourne au tour du *processus falciformis* du *fascia-lata*, et en continuant la pression elle remonte par le nal crural jusque dans l'abdomen.

Dans la mérocèle, la réduction par le taxis est plus difficile, selon M. Astley Cooper (1), que dans les autres espèces de hernie, et cela dépend sur-tout de l'étroitesse de l'ouverture par laquelle l'intestin est sorti, et de la direction qu'il a prise dans le canal. La méthode qu'il faut suivre dans cette réduction est la suivante : La position du malade doit être telle que l'abdomen soit relâché autant que possible ; et pour atteindre ce but, les épaules seront élevées, et les cuisses fléchies à angle droit sur le tronc. Cette position ne produirait encore que peu d'effet, si les genoux n'étaient pas en même temps rapprochés.

Dans la dissection des parties, on trouve que si les cuisses sont dans l'extension, l'arcade crurale et toutes les aponeuroses sont tendues, et que si les cuisses sont fléchies, mais les genoux tournés en dehors, les *fascia* sont un peu relâchés ; enfin, lorsque les cuisses sont fléchies, que les genoux sont rapprochés, l'arcade crurale et ses *fascia* sont très-relâchés, mais que le relâchement est encore plus grand, si l'on porte une cuisse fléchie en travers sur celle du côté opposé.

Le corps étant couché horizontalement, les cuisses ployées, le genou porté en dedans, le chirurgien se place à côté du malade, et posant ses pouces sur la surface de la tumeur, il la presse doucement et directement en bas, comme s'il cherchait à la pousser dans la cuisse, plutôt que vers l'abdomen. Si l'on continue cette pression pendant quelques minutes, jusqu'à ce que la surface de la tumeur soit de niveau avec la ligne de l'arcade crurale, on peut alors presser la hernie, la diriger vers l'abdomen, et la faire rentrer dans cette cavité.

M. Astley Cooper dit qu'il est convaincu que la difficulté que l'on trouve à réduire la hernie fémorale, dépend principalement de la direction vicieuse dans laquelle on exerce la pression : car si l'on comprime d'abord la tumeur vers l'abdomen, elle tourne sur l'arcade crurale, au

(1) The anatomy and surgical treatment of crural and umbilical hernia, etc., part. II, chap. III, London, 1807.

lieu de passer au-dessous, et alors quel que soit le degré de force employé, l'on ne peut point parvenir à réduire, et l'on s'expose à crever l'intestin.

La position du malade et la direction de la pression étant convenables, la réduction doit être faite en comprimant doucement et pendant long-temps, en évitant toute espèce de violence qui serait inutile ou qui ne pourrait que déterminer des accidents graves et très-nombreux.

La réduction de la hernie fémorale, demande, pour être faite avec facilité, de diriger les parties en bas puis en haut et un peu en dehors dans la direction des vaisseaux cruraux, enfin de les repousser en arrière pour suivre les axes différents du canal fémoral. Mais il en est de cette hernie comme de la sus-pubienne; si elle est ancienne, le canal a pu se déformer, s'agrandir, changer sa direction oblique en une ligne droite, et alors les parties peuvent rentrer par leur simple refoulement en haut, puis enarrière.

L'anatomie des parties par lesquelles les hernies abdominales peuvent s'opérer, a été cultivée depuis le commencement de ce siècle avec un soin et une exactitude qui ne laissent presque plus rien à désirer. Cependant, ces recherches ont été faites le plus souvent sur des sujets qui n'avaient point été affectés de hernies, et l'on sait la différence énorme qu'offrent les rapports de nos parties entre elles, suivant qu'on les considère dans l'état de santé et dans celui de maladie.

C'est pourquoi, dans cette dissertation, nous nous attacherons moins à décrire avec détail la structure naturelle des parties, qu'à faire connaître leur disposition dans l'état pathologique.

La science chirurgicale doit la plus grande partie de ses progrès et des faits qu'elle possède sur les hernies, aux travaux des chirurgiens français; cependant, dans les derniers temps, les recherches entreprises sur la structure des parties qui sont le siége des hernies, et sur ces tumeurs elles-mêmes, ont été principalement faites par des savants étrangers.

Depuis Arnaud (1), Camper (2), Gimbernat (3), et sur- toutScar-

(1) Mémoires de chirurgie, avec quelques remarques historiques, etc.; par George Arnaud, deuxième partie, pag. 754, Londres, 1768.

(2) Icones herniarum, etc., edit. a Sœmmerring, 1801.

(3) Nuevo metodo de operar en la hernia crural, Madrid, 1793, ouvrage traduit en anglais par Beddoes. Gimbernat's Account of new method of operating for the femoral hernia, London, 1795.

pa (1), beaucoup d'ouvrages recommandables et faits dans le meilleur esprit, ont porté l'anatomie des hernies abdominales à un degré voisin de la perfection. Parmi ces écrits, nous citerons particulièrement avec éloge ceux de W. Hey (2), de Monro (3), de Burns (4), d'Astley Cooper (5), de Hesselbach (6), de Lawrence (7), de Colles (8), de Charles Bell (9), de Langenbeck (10), et de M. Jules Cloquet (11), qui a su profiter des travaux de ses prédécesseurs.

Pendant long-temps on n'a eu qu'une très-mauvaise idée de la disposition des issues par lesquelles s'opère la hernie fémorale. L'on décrivait une ouverture s'étendant de la crête iliaque jusqu'à la symphise des os pubis. Vue en arrière, le ventre ouvert, le péritoine et les viscères abdominaux enlevés, l'arcade crurale représente, disait-on, un triangle dont la portion aponeurotique forme le côté antérieur; les tendons réunis des muscles prélombo et iliaco-trokantiniens, constituent le côté externe, tandis que la branche horizontale de l'os pubis décrit le côté interne. Cette manière d'envisager l'arcade crurale est vicieuse.

Le mot arcade est impropre lorsqu'on veut désigner le point par lequel

(1) Sull' ernie memorie anatomico-chirurgiche di Antonio Scarpa, 1809 et 1810, traduits en français par M. Cayol, Paris, 1812.

(2) Practical Observations in surgery, illustrated by cases, the second edition, London, 1810.

(3) Observations on crural hernia, to which is prefixed a general account of the other varieties of hernia, etc.; by Alexander Monro junior, Edinburgh, 1803. — The morbid anatomy of the human gullet, stomach, and intestines; by Alexander Monro junior, Edinburgh, 1811.

(4) The Edinburgh medical and surgical Journal, july 1, 1816, Observations on the structure of the parts concerned in crural hernia; by Allan Burns.

(5) On inguinal and congenital hernia, and on crural and umbilical hernia, London, 1804 and 1807.

(6) Disquisitiones anatomico-pathologicæ de ortu et progressu herniarum inguinalium et cruralium. Wirceburgi, 1816.

(7) A Treatise on ruptures containing on anatomical description of each species, etc. (third edit.), London, 1816; ouvrage traduit en français par MM. P.-A. Béclard et J. Cloquet, Paris, 1818.

(8) A Treatise on surgical anatomy, part the first, pag. 62; by Abraham Colles, Dublin, 1811.

(9) Operative surgery and report, etc.

(10) Commentarius de structurâ peritonæi, testiculorum tunicis, eorumque ex abdomine in scrotum descensu ad illustrandam herniarum indolem, auctore C.-J.-M. Langenbeck, Gœttingæ, 1817.

(11) Recherches anatomiques sur les hernies de l'abdomen, par M. Jules Cloquet, Paris, 1817.

s'opère le déplacement, dans la hernie fémorale, car c'est un canal qui, sous plusieurs rapports, ressemble au canal sus-pubien.

En examinant les parties de la région inguinale, par leur face antérieure, après avoir enlevé la peau avec ménagement, on trouve une expansion fibreuse formée de plusieurs lames aponeurotiques, plus ou moins résistantes, et que l'on nomme *fascia-superficialis*. Elle s'élève au-dessus de la portion aponeurotique du muscle costo-abdominal, appelée improprement ligament de Fallope, adhère à ce prétendu ligament, se perd en haut dans le tissu lamineux qui recouvre le muscle costo-abdominal, et en bas elle vient se confondre dans l'aponeurose fémorale (1).

En dedans, ce feuillet superficiel arrive jusqu'à la ligne médiane de l'abdomen, s'y insère, et, vers le pubis, à la racine du pénis, il est plus épais, et se confond avec du tissu lamineux et des fibres albuginées qui existent dans ce point; en dehors, il n'a pas de limites bien déterminées.

Il est plus prononcé au-dessous qu'au-dessus du bord inférieur du muscle costo-abdominal; il contracte des adhérences avec le contour de l'orifice antérieur du canal crural ou *processus falciformis*, et la veine tibio-malléolaire est enveloppée par un prolongement de ce feuillet superficiel.

Le fascia-superficiel n'est dans l'homme qu'un tissu lamineux condensé, uni à quelques fibres albuginées. M. Monro dit que cette expansion membraneuse lui a toujours paru consister en un tissu lamineux, recouvrant le cordon testiculaire et le cordon sus-pubien de l'utérus. Entre les lames de ce fascia-superficiel, on rencontre des ganglions lymphatiques. Dans quelques hernies sus-pubiennes scrotales, cette expansion acquiert une épaisseur considérable, et dans d'autres, elle adhère d'une manière si intime au sac herniaire, qu'il est impossible de l'en séparer.

Ce feuillet membraniforme, composé le plus souvent dans l'homme de

(1) « L'aponeurose *fascia-lata* envoie au ligament de Poupart des fibres qui s'y implantent, tirent le ligament en bas et diminuent le diamètre de l'ouverture de l'arcade, sur-tout lorsque la cuisse est étendue; d'où résulte la nécessité indispensable de faire fléchir le plus possible la cuisse du côté où existe la hernie, pour opérer le taxis : cette situation relâche ses fibres. » Richter, trad. de Rougemont, vol. II, pag. 152, § 401.

tissu lamineux, offre une épaisseur et une résistance fort remarquables dans quelques animaux. Les zootomistes le nomment *tunique abdominale;* c'est une membrane résistante, d'une teinte jaunâtre, très-élastique, très-forte, et que l'on peut comparer pour sa couleur, son élasticité et son mode de résistance, au ligament cervical des grands quadrupèdes. Il s'étend du prolongement abdominal du sternum, jusqu'au bord antérieur du pubis, recouvre dans presque toute son étendue le muscle costo-abdominal, et forme un soutien aux viscères. Cette tunique offre des fibres longitudinales, formant des plis dans le même sens; en arrière, les plis sont très-marqués, et les fibres qui les constituent sont unies entre elles et avec l'aponeurose sous-jacente, par un tissu lamineux très-lâche, qui permet à cette tunique une grande extensibilité.

La tunique abdominale fournit sur la ligne médiane de l'abdomen, vers la circonférence de l'ouverture ombilicale et vers les anneaux sus-pubiens, des prolongements très-remarquables; mais il n'appartient point à notre sujet d'en parler.

Les usages de la tunique abdominale paraissent être d'augmenter la résistance des parois du ventre, de s'opposer à l'action des viscères tout en leur cédant par son élasticité, mais avec tendance toujours à les ramener à un état d'où ils ne doivent pas s'éloigner. Tous les animaux qui ont le ventre volumineux et saillant, présentent l'enveloppe dont je parle; elle est sur-tout très-marquée dans les grands ruminants et dans les solipèdes.

Le muscle costo-abdominal présente à sa partie inférieure une aponeurose épaisse, résistante, dont les fibres disposées en faisceaux parfois très-distincts et séparés, se dirigent de haut en bas et de dehors en dedans. Quelques autres fibres aponeurotiques croisent celles-ci en sautoir, mais elles sont peu nombreuses. Arrivée dans la région inguinale, cette aponeurose se termine par un bord dirigé de l'épine antérieure et supérieure de l'os coxal à la symphise des os pubis. Ce bord se continue en haut avec l'aponeurose du muscle lui-même; en bas et en dehors, elle donne attache à la partie externe ou bord supérieur du fascia-lata; mais en dedans cette insertion n'a point lieu, et il est simplement recouvert par le *fascia-superficialis*.

Ce bord inférieur de l'aponeurose du muscle costo-abdominal se re-

courbe d'avant en arrière, puis de bas en haut, et présente ainsi un cordon tendu et arrondi, considéré en avant et en bas, après avoir enlevé le *fascia-superficialis* et le *fascia-lata*. Examiné en arrière et en haut, après avoir séparé le muscle costo-abdominal, l'avoir porté en avant et isolé jusqu'en bas du muscle ilio-abdominal, il présente une gouttière dirigée obliquement comme le bord du muscle lui-même, qui est beaucoup plus évasée à la partie externe qu'à l'interne, où elle forme la paroi inférieure du canal sus-pubien. Le bord inférieur du muscle ilio-abdominal (1), ainsi que le muscle précédent, se trouvent tout-à-fait étranger au canal crural.

Le muscle lombo-abdominal est de tous les muscles de la paroi antérieure du ventre, celui qui concourt le plus puissamment à la formation de l'orifice postérieur du conduit femoral ou anneau crural postérieur. Son bord inférieur, le seul dont nous devons nous occuper, est entièrement aponeurotique : ce bord s'étend de la partie antérieure de la crête de l'os coxal jusqu'à la symphise des os pubis, où il se joint, mais seulement à la partie inférieure, avec le ligament sus-pubien.

Ce bord inférieur du muscle lombo-abdominal n'est point libre : il s'unit dans une grande partie de son étendue avec le *fascia-liaca*; et en avant, et en dedans il reçoit un prolongement de l'aponeurose fémorale, qui concourt à former son insertion interne ou sus-pubienne appelée *ligament de Gimbernat*.

Cette partie inférieure du muscle lombo-abdominal examinée en arrière se confond en dehors avec le *fascia-iliaca*, en dedans avec le prétendu ligament de Gimbernat, et sur la ligne médiane au-dessus de la symphise des os pubis, et derrière l'insertion des muscles sterno-pubiens, il s'unit avec un ligament ou corps fibreux, de forme triangulaire, à base plus ou moins large, que j'ai nommé *ligament sus-pubien*, lequel existe constamment. Cependant il n'a point encore été indiqué, soit dans les ouvrages d'anatomie, soit dans les figures où l'on a représenté la structure des parties de cette région de l'abdomen. Sa face postérieure correspond au péritoine, et lui est adhérente par du tissu lamineux assez lâche ; sa face

(1) Musculi obliqui externi aponeurosis in inguine introrsum reflectitur atque cum aponeurosi obliqui interni, firmiter cohæret. Mauchart, de herniâ incarceratâ, Tubingæ, anno 1772.

antérieure est appliquée sur l'extrémité inférieure des muscles sterno-pubiens, et s'en trouve séparée de manière à permettre l'introduction de l'extrémité du manche d'un scalpel, entre cette production fibreuse et la face postérieure des muscles sterno-pubiens ; ses bords latéraux sont libres, ou donnent quelques attaches à des fibres du *fascia-transversalis;* sa base, placée au-dessus de la symphise des os pubis, paraît s'y insérer, mais elle se continue avec la portion de l'aponeurose pelvienne, qui plonge dans le bassin derrière la symphise ; son sommet pénètre entre les deux muscles sterno-pubiens, et va se porter dans la ligne médiane de l'abdomen : enfin, ses angles latéraux sont unis avec le ligament de Gimbernat. Les usages de ce corps fibreux sont peut-être de favoriser la tension de la ligne blanche et du ligament de Gimbernat.

Le bord inférieur du muscle lombo-abdominal, considéré en arrière, présente une ouverture vers la réunion de ses deux tiers externes avec son tiers interne.

Cette ouverture ovalaire dirigée presque horizontalement, la grosse extrémité de l'ovale placée en dehors, forme l'orifice postérieur du canal crural. Elle est plus grande dans la femme que dans l'homme (1) ; elle offre sur son côté inférieur une ligne qui correspond à un bord saillant sur lequel s'insère en arrière le fascia-iliaca, et où il se continue avec un prolongement du fascia-lata. Enfin, sur cette ligne et au-dessous de l'aponeurose que nous venons de nommer, se trouve l'insertion du muscle sus-pubio-fémoral. C'est par cette ouverture que sortent les vaisseaux cruraux, lymphatiques ou sanguins ; c'est aussi par cet orifice que s'opère le déplacement dans la hernie crurale. Le côté interne est formé par la base du ligament de Gimbernat ; le côté externe correspond aux vaisseaux des membres inférieurs ; mais en dedans comme en dehors de cet orifice, le déplacement ne peut pas s'opérer. Cette ouverture est fermée par une expansion membraniforme, percée de plusieurs pertuis, par lesquels les vaisseaux lymphatiques des membres abdominaux entrent dans

(1) Voyez planche III. Cette différence dépend, suivant M. Monro, « du plus grand diamètre des os du bassin chez la femme, du plus petit volume des muscles prélombo et iliaco-trokantiniens, et sur-tout de l'étroitesse plus grande de la partie interne de l'arcade crurale fixée à la partie pubale de la ligne ilio-pectinée. » Monro, Observations on crural hernia, etc.

le bassin; quelquefois aussi elle est fermée par des lames de fibres albuginées, ou par des ganglions lymphatiques.

Les parties qui traversent cette ouverture pour former la hernie, chassent devant elles les feuillets dont nous venons de parler; le collet du sac commence à cet orifice postérieur du canal crural. M. Astley Cooper a mesuré avec soin les distances du col du sac aux diverses parties voisines, et il a obtenu les résultats suivants :

1° *Chez l'homme.*

	Pouces.
De la symphise des os pubis au centre de l'orifice du sac.	2
Du centre de l'orifice du sac à l'artère iliaque externe.	1
Du centre de l'orifice du sac au centre de la veine iliaque externe.	1/2
Du centre de l'orifice du sac à l'origine de l'artère sus-pubienne.	3/4
Du centre de l'orifice du sac au bord interne de l'anneau abdominal interne.	1
De la tubérosité du pubis au centre de l'orifice de la hernie crurale.	1

2° *Chez la femme.*

Chaque mesure a depuis 1/8 jusqu'à 1/4 de plus, quand le bassin est large et bien conformé.

Le cordon testiculaire de l'homme, et le cordon sus-pubien de l'utérus chez la femme, passent à environ un demi-pouce, antérieurement à l'ouverture du sac herniaire, étant d'abord situés à son côté externe, puis croisant sa partie antérieure (1).

Le canal dont nous venons de décrire l'orifice supérieur et postérieur se porte de dehors en dedans, en suivant une direction légèrement oblique. Sa paroi postérieure est formée supérieurement par la partie horizontale de la branche du pubis recouverte par le muscle sus-pubio-fémoral

(1) The anatomy and surgical Treatment of crural and umbilical hernia, etc.; by Astley Cooper, pag. 7, part. II, London, 1807.

et par un prolongement de l'aponeurose crurale, qui vient se terminer à la ligne iléo-pectinée derrière l'insertion du muscle sus-pubio-fémoral. Ce canal change bientôt de direction et devient presque vertical; enfin, il est de nouveau horizontal, et se termine à une ouverture produite par une disposition particulière de l'aponeurose de la cuisse: nous l'appelons *orifice antérieur du canal crural.* M. le professeur Béclard avait constaté, long-temps avant qu'on connût en France les travaux de MM. Hey (1), Burns (2), Monro (3) et Astley Cooper (4), que le déplacement se fait par cette ouverture dans les hernies fémorales complètes.

L'aponeurose fémorale présente à la partie antérieure et supérieure de la cuisse une ouverture ovalaire dont la grosse extrémité est tournée en bas. Cette ouverture correspond à la terminaison de la veine tibio-malléolaire, lorsqu'elle vient s'ouvrir dans la veine fémorale. On a décrit cet orifice antérieur du canal crural comme le résultat d'une division du fascia-lata en deux portions distinctes: l'une interne, profonde et postérieure à l'autre, correspondrait à la face antérieure des muscles de la partie supérieure de la cuisse, formerait la paroi postérieure du canal crural, et s'appliquerait sur le muscle sus-pubio-fémoral, passerait sous le ligament de Fallope pour aller s'insérer à une ligne qui s'étend du pubis à l'éminence ilio-pectinée. L'autre partie de l'aponeurose fémorale, antérieure à la précédente, offrirait un prolongement falciforme (*processus falciformis*), bornerait en dehors l'orifice antérieur du canal fémoral, pour aller s'insérer en haut et en dehors au bord inférieur du muscle costo-abdominal, puis passerait sous ce bord pour s'unir à l'aponeurose du muscle lombo-abdominal, et former avec elle le ligament de Gimbernat. Il résulte de cette disposition, qu'en incisant en haut sur l'orifice antérieur du canal crural, on débride et relâche l'orifice postérieur du canal, et particulièrement le ligament de Gimbernat. En incisant cette partie supérieure et externe du repli falciforme du fascia-

(1) Practical Observations in surgery, etc.

(2) The Edinburgh medical and surgical Journal, july, 1806. — Observations on the structure of the parts concerned in crural hernia; by Allan Burns, member of the royal college of surgeons in London, and lecturer on anatomy and surgery in Glascow.

(3) The morbid anatomy of the human gullet, etc.

(4) The anatomy and surgical Treatment of crural and umbilical hernia, etc.

on se trouve assez loin des vaisseaux testiculaires et du canal déférent, pour ne point avoir à redouter d'intéresser ces organes, et par conséquent, les craintes qu'on manifeste sur la section de ces parties dans la herniotomie, sont illusoires ou exagérées. J'ai entendu dire à des praticiens célèbres, à MM. les professeurs Lallement et Richerand, l'un et l'autre à la tête de grands hôpitaux, qu'ils croyaient qu'on avait exagéré les dangers de l'opération de la hernie sous le rapport de la lésion des vaisseaux. J'ai vu faire un très-grand nombre de ces opérations à M. le professeur Dupuytren, et jamais il ne s'est manifesté d'accident dépendant de l'opération. Il est vrai que pour des mains habiles, tous les procédés sont bons, et que ce qui n'arriverait pas à des opérateurs dont tous les sens ont acquis une grande habitude et une grande délicatesse d'exécution, pourrait se manifester pour d'autres personnes. Cependant l'anatomie vient aussi nous prouver que la frayeur qu'Arnaud avait portée dans les esprits sur le danger de la blessure des artères dans la herniotomie, dépend ou d'une exécution vicieuse de l'opération, ou d'un manque de connaissances exactes et rigoureuses de la disposition anatomique des parties.

L'aponeurose fémorale n'est point divisée à la partie supérieure de la cuisse; mais elle forme une duplicature très-remarquable, dont la partie inférieure représente un cul-de-sac qui n'a d'ouverture que pour l'artère et la veine fémorales; et si l'on examine de près la manière dont se comporte le fascia-lata sur ces vaisseaux, on voit qu'il se réfléchit sur eux et se perd sur leurs parois, comme nous voyons le feuillet extérieur ou fibreux du péricarde se prolonger et se perdre sur les gros vaisseaux qui sortent du cœur. Cette duplicature du fascia-lata offre deux rebords, l'un interne et l'autre externe, réunis inférieurement, mais offrant en haut deux prolongements : l'interne passe sous l'arcade crurale, et va joindre l'aponeurose iliaque; l'externe adhère en dehors, comme nous l'avons dit, à l'arcade crurale, puis glisse sous cette arcade, pour aller s'unir à l'aponeurose du muscle lombo-abdominal, et former avec elle en arrière, et du côté du pubis, le ligament de Gimbernat.

Un feuillet aponeurotique s'insère à la lèvre antérieure de la crête iliaque jusqu'au tubercule antérieur et supérieur de l'os coxal; en haut, cette membrane s'épanouit sur le muscle prélombo-trokantinien, et s'unit à l'expansion fibreuse qui vient des insertions des piliers du diaphragme, et

des autres insertions postérieures de ce muscle. Cette aponeurose pelvienne recouvre toute la fosse iliaque, ainsi que les vaisseaux, les nerfs et les muscles qui remplissent cette fosse. Arrivée sur le bord interne des muscles prélombo et iliaco-trokantiniens vers le détroit supérieur du bassin, elle plonge dans cette cavité pour aller en tapisser les parois, se porter sur les muscles qui sont appliqués sur plusieurs ouvertures pelviennes; et, lorsqu'elle est arrivée très-bas, elle embrasse le rectum, se réfléchit sur le bas-fond de la vessie, la glande prostate, et chez la femme sur le vagin, pour venir derrière le pubis et la partie antérieure du détroit du bassin, s'unir sur la ligne médiane, à la base du ligament triangulaire sus-pubien, sur les côtés au ligament de Gimbernat, plus en dehors encore à la portion du fascia-lata qui tapisse la face postérieure du canal crural, et s'attache derrière l'insertion du muscle sus-pubio-fémoral; enfin, tout-à-fait en dehors, cette aponeurose s'unit et se confond avec celle du muscle lombo-abdominal.

Disposée de la sorte, cette aponeurose s'oppose à la sortie des viscères hors de la cavité abdominale, et la hernie fémorale ne peut arriver ni en dehors ni en dedans de l'orifice postérieur du canal crural. Le long du détroit supérieur du bassin, les vaisseaux iliaques sont appliqués sur cette aponeurose, qui leur envoie une lame pour leur former une espèce de gaîne.

Dans le fond du bassin, cette aponeurose se réfléchit sur le rectum, le fond de la vessie, la prostate, et l'on peut dire que ces organes sont placés en partie hors de la cavité pelvienne, et en partie dans cette cavité, en ne considérant comme formant cette cavité que l'espace situé derrière l'aponeurose. Quelques praticiens ont observé que les suites de l'opération de la taille ne sont pas les mêmes, suivant que l'instrument est porté un peu plus ou un peu moins profondément en arrière, ou sur le côté. Les inflammations, les suppurations, les abcès dans la cavité du bassin, arrivent lorsque l'instrument est enfoncé un peu trop, tandis qu'aucun de ces accidents ne se manifeste si la voie parcourue par l'instrument a été peu profonde. Des praticiens célèbres (1) ont demandé l'explication de ces diffé-

(1) Scarpa, Atti dell'Inst. naz., tom. II. Voyez la traduction anglaise : Memoir on the cutting gorget of Hawkins, containing an account of an improvement on that instrument, and remarks

rences, et je crois l'avoir trouvée dans la disposition de l'aponeurose pelvienne. Si l'instrument ne pénètre pas au delà de ce feuillet fibreux, il n'y a pas d'abcès dans le bassin, ou s'il se forme un peu de pus, il trouve facilement une issue jusqu'au dehors; au contraire, si l'aponeurose pelvienne a été intéressée, l'inflammation se développant, et la suppuration se formant au delà de cette barrière aponeurotique, le liquide ne peut pas sortir, et il fait des ravages qui conduisent quelquefois le malade au tombeau. Ce point important d'anatomie chirurgicale demande de nouvelles recherches, et je me propose de m'en occuper dans un temps plus opportun.

Un point important dans l'histoire de la hernie fémorale est la connaissance de la position et des rapports des vaisseaux. La veine et l'artère fémorales sont situées en dehors du canal crural et de la hernie; mais lorsque la tumeur a franchi l'orifice antérieur du canal, alors elle peut se développer, se porter en dehors, se placer au-devant des vaisseaux, et les couvrir. Elle en reste cependant séparée par la portion externe du fascia-lata, appelée *processus falciformis*. Les rapports du col sont constamment les mêmes, et sa partie externe correspond à la veine fémorale.

L'artère sus-pubienne naît tantôt de l'iliaque externe, près de l'anneau crural, à son côté externe, tantôt d'un tronc commun avec l'artère sous-pubienne, et quelquefois cette dernière lui donne naissance. Dirigée obliquement de dehors en dedans sur le côté externe du sac, elle se dirige vers la ligne médiane de l'abdomen, et répand ses branches sur la face postérieure du muscle sterno-pubien, se perd sur ce muscle, ou va s'anastomoser avec la sous-sternale, les intercostales et les lombaires. Dans ce trajet, l'artère sus-pubienne croise le cordon testiculaire, lui donne deux artérioles qui communiquent avec de semblables rameaux appartenant à l'artère du cordon testiculaire (1).

Lorsque l'artère sus-pubienne tire son origine de la partie antérieure de l'iliaque, quelquefois plusieurs petites branches se portent vers la symphise des os pubis, le long de cette surface aponeurotique appelée ligament de Gimbernat. M. Monro conserve une pièce anatomique sur laquelle l'artère sous-pubienne naît de la sus-pubienne, et passe en dedans sur le muscle

on the lateral operation for the stone, by Antonio Scarpa, translated from the italian by James Briggs, London, 1816.

(1) Scarpa, Traité pratique des hernies, pag. 215.

sterno-pubien (1). Le même auteur dit qu'on a vu la lésion des plus petites branches de l'artère sus-pubienne devenir fatale. Le docteur Carmichaël Smith a publié l'histoire de deux accidents de ce genre.

Si cette artère sus-pubienne naît du côté interne de l'artère iliaque, elle se rapproche beaucoup du col du sac. Dans cette circonstance, suivant Gunz, en pratiquant le débridement dans la direction parallèle à la ligne médiane de l'abdomen, on s'exposerait à intéresser cette artère; et il rapporte deux exemples de cette lésion par un débridement opéré dans ce sens.

« Dans la hernie inguinale et dans la hernie crurale qui se forment, suivant Arnaud (2), vers le gousset graisseux, l'artère épigastrique interne passe au côté du col du sac opposé au pubis; mais, lorsque la descente se fait sur les vaisseaux de la cuisse, cette artère prend sa route par le côté du col du sac qui regarde le pubis, et monte obliquement pour aller gagner le muscle droit, et alors en débridant comme le recommande Ledran, l'on risque de couper l'artère épigastrique. »

Arnaud avait-il bien vu les rapports dont il parle, et ses craintes ne dérivent-elles pas plutôt des idées qu'il s'était faites des rapports possibles des parties, que de sa propre observation? Il déclare n'avoir rencontré que très-peu de hernies crurales chez l'homme, par conséquent il ne paraît pas que ce qu'il avance soit le résultat de son expérience. Lorsque la tumeur paraît située en dehors des vaisseaux cruraux, son col correspond cependant à la partie interne de ces mêmes vaisseaux; il n'y a que le corps de la tumeur qui ait changé.

L'artère sous-pubienne naît souvent de l'iliaque externe, tantôt séparément, tantôt par un tronc commun avec la sus-pubienne : quelquefois elle tire son origine de cette dernière, et à des hauteurs différentes, mais le plus communément dans un point très-voisin de la naissance de l'artère sus-pubienne elle-même; elle se recourbe pour se porter vers la branche horizontale du pubis, et gagner le trou sous-pubien. Toutes les fois qu'elle naît d'un tronc commun avec la sus-pubienne, elle correspond au côté externe du sac, et dans cette situation elle ne peut pas être intéressée par l'instrument dans le débridement en dedans sur l'ori-

(1) Observations on crural hernia, etc.

(2) Pag. 779.

fice postérieur, c'est-à-dire, suivant le procédé de Gimbernat. Mais si elle naît très-haut de la sus-pubienne, ainsi que je l'ai vu une fois sur un sujet dont nous présentâmes la pièce, préparé, au cours de médecine opératoire de la faculté par M. le professeur Dupuytren, alors elle pourrait être blessée, et dans cette circonstance le col du sac herniaire se trouverait embrassé dans toute sa circonférence par des artères. Cette disposition rare, mais connue, de l'artère sous-pubienne, avait porté quelques chirurgiens à préférer la dilatation à l'incision.

Il arrive fréquemment, lorsque l'artère sous-pubienne naît en commun avec la sus-pubienne, qu'une troisième branche, presque égale en volume à la sous-pubienne, sorte du tronc commun : celle-ci peut être appelée l'artère de la partie interne de l'arcade crurale, car elle se porte sur ce côté de l'arcade, passe sur le ligament de Gimbernat, et lorsqu'elle est parvenue à la symphise des os pubis, elle se divise alors en un grand nombre de petites branches qui se distribuent sur le côté interne de cette symphise. Il faut aussi observer qu'une petite artère, ou deux ou trois petites branches sont données par l'artère sous-pubienne dans son trajet du tronc commun vers le trou sous-pubien, lesquelles branches se réunissent sur le ligament de Gimbernat, et que l'on peut les diviser en faisant l'opération de la hernie crurale de la manière recommandée par le chirurgien espagnol (1). M. James Wardrop est le premier qui ait fait connaître le mode de distribution des artères dans le cas de hernie crurale. Dans les exemples qu'il cite, l'artère sous-pubienne naissait d'un même tronc avec la sus-pubienne, et passait ensuite sur le côté interne du col du sac herniaire, en décrivant un demi-cercle sur ce col.

(1) Ayant demandé en Espagne quelques renseignements sur la méthode de Gimbernat. pour débrider dans la hernie fémorale, le savant docteur Luzuriaga me donna les détails suivans, qu'il tenait de M. Lacaba : A l'époque où M. Gimbernat présenta son mémoire au collége royal de chirurgie de Madrid, M. Ribas, directeur de ce collége, n'approuva pas sa méthode opératoire, parce que, d'après des injections faites dans les artères, par MM. les professeurs Rodriguez del Pino et Lacaba, on trouva presque constamment une branche artérielle qui passait sur l'arcade crurale, et devait être coupée dans l'opération et donner lieu à une hémorrhagie d'autant plus grave, que la chirurgie avait moins de ressources pour arrêter l'écoulement du sang dans un lieu si profondément situé. M. Luzuriaga, dont l'érudition est très-vaste, me disait que Haller avait parlé de ce vaisseau dans ses Recherches anatomiques, et que peut-être ce n'était qu'un rameau ou de l'artère que Winslow et Sabatier nomment iliaque antérieure, ou de la petite branche de la circonflexe supérieure, que Haller appelle trokantérienne.

Haller, Lieutaud, Richter et Murray ont parlé d'une semblable origine extraordinaire de l'artère sous-pubienne ; mais ils n'ont pas fait mention du nombre proportionnel des cas dans lesquels ils l'ont rencontré. M. Monro, auquel nous empruntons une partie des observations précédentes, a porté une attention toute particulière sur ce point important d'anatomie, et il a consigné ses observations dans son ouvrage sur la hernie crurale, publié en 1803. Il avait d'abord avancé n'avoir observé la déviation dans la distribution ordinaire des artères, que dans la proportion d'un à vingt-cinq ou trente ; mais, d'après des observations ultérieures, il croit que ce mode de distribution des artères a lieu dans la proportion d'un sur vingt. Il en résulte, suivant M. Monro, que cette distribution extraordinaire de l'artère sous-pubienne ne forme pas une objection aussi forte qu'on aurait pu le croire, contre l'opération de la hernie crurale suivant la méthode de Gimbernat.

Une autre variété est celle-ci : les artères sus et sous-pubiennes peuvent naître séparément de l'iliaque antérieure ; alors l'artère sous-pubienne passe sur le ligament de Gimbernat ; et, dans le cas de hernie crurale, elle se trouve correspondre à la partie interne du col du sac, et l'instrument peut la diviser dans le débridement, suivant la méthode du chirurgien espagnol. M. Monro a vu, et moi-même j'ai observé l'artère sous-pubienne naître de l'iliaque externe, à deux pouces environ, tantôt au-dessus et tantôt au-dessous de l'artère sus-pubienne. Sur d'autres sujets, elle venait de l'artère fémorale, et se trouvait hors de la cavité pelvienne ; alors elle montait le long du muscle sus-pubio-fémoral, et entrait dans le bassin par le conduit crural, en se plaçant derrière le sac herniaire.

L'artère sous-pubienne a été trouvée tirer son origine de la sus-pubienne, douze fois sur soixante-trois sujets. Dans tous, cette artère correspondait au côté externe du sac. Les cas dans lesquels l'artère sous-pubienne naît assez haut de la sus-pubienne, et se porte alors sur le côté interne du sac, ont été trouvés, suivant M. Lawrence, dans la proportion d'un sur quatre-vingts.

D'après des observations plus récentes, il paraîtrait que les cas où l'artère sous-pubienne naît de la pelvienne, sont les plus nombreux ; ils sont à ceux d'où elle sort de l'artère sus-pubienne ou de la crurale, à-peu-près comme un est à trois. D'après les mêmes recherches, l'artère sous-pubienne naîtrait de la pelvienne, un peu plus souvent chez l'homme

que chez la femme ; cette dernière différence ne serait cependant pas très-grande (1).

La distribution des veines sur le pourtour de l'orifice interne ou postérieur du conduit crural, et sur le ligament de Gimbernat, mérite aussi quelque attention. On remarque sur les parties que je viens de nommer, un lacis veineux qui doit donner une assez grande quantité de sang, lorsqu'il est intéressé dans le débridement, suivant la méthode de Gimbernat. J'ai représenté sur la planche III quelques-uns de ces vaisseaux.

La veine sous-pubienne accompagne en général l'artère du même nom, et ces deux vaisseaux peuvent être coupés par le même coup de bistouri, dans le débridement en dedans. Burns de Glascow a montré à M. Monro jeune, d'Edimbourg, une hernie crurale dans laquelle une grosse veine passait le long de la partie interne de l'arcade, et recevait la veine sus-pubienne. Dans cette circonstance, comme le fait observer M. Monro, si l'on avait débridé directement en haut, cette veine aurait été divisée, et une hémorrhagie grave serait résultée de la section de ce vaisseau. Une disposition analogue à celle dont nous venons de parler, s'est présentée à nous sur un sujet affecté de hernie crurale ; et nous en donnerons l'histoire.

L'artère et la veine testiculaires unies ensemble, descendent obliquement d'arrière en avant, le long des muscles prélombo et iliaco-trokantiniens, jusqu'à l'anneau sus-pubien, parcourent le canal en s'unissant au conduit déférent, et se trouvent situées derrière ce qu'on appelle le ligament de Fallope. Ces vaisseaux croisent l'artère sus-pubienne, et passent sur la partie antérieure du col du sac herniaire (2).

Suivant Arnaud, l'artère testiculaire est inévitablement exposée à l'injure de l'instrument tranchant, de telle façon qu'on agisse pour faire la division du ligament de Fallope (3).

Le canal déférent affecte la même direction que l'artère et la veine testiculaires, mais en sens inverse, puisqu'il vient du testicule et se porte dans l'abdomen. Il croise aussi l'artère sus-pubienne, et lorsqu'il est parvenu dans le ventre, il abandonne ces vaisseaux pour s'enfoncer dans la cavité du bassin.

(1) Recherches anatomiques sur les hernies de l'abdomen, pag. 73.
(2) Scarpa, pag. 216.
(3) Georges Arnaud, Mémoires de chirurgie, etc., pag. 750, Londres, 1768.

Le col du sac herniaire se trouve situé chez l'homme, entre l'artère sus-pubienne et le cordon testiculaire ; ce dernier se contourne sur sa partie supérieure, et se dirige de plus en plus vers les téguments. La planche VIII de l'ouvrage de Scarpa fait très-bien connaître la position de ces vaisseaux ; et sur la planche XXI du livre de Langenbeck, on voit aussi les rapports de la hernie au côté interne de la veine fémorale, et l'artère sus-pubienne à la partie externe et un peu antérieure du sac (1).

Le cordon sus-pubien ou ligament rond de l'utérus présente les mêmes rapports que le cordon testiculaire ; mais son importance dans l'opération est légère. Les vaisseaux qui entrent dans sa composition sont d'un trop petit calibre hors le temps de la gestation, pour que leur lésion puisse donner des craintes. Le cordon croise la direction de l'artère sus-pubienne avant d'arriver à l'anneau; il passe aussi sur la partie antérieure du col du sac herniaire. La direction de l'incision en haut ou en bas et en dehors dans le débridement de la hernie fémorale, n'a pas la même importance dans la femme que dans l'homme.

Le cordon sus-pubien de l'utérus et le cordon testiculaire n'adhèrent nullement, dans les hernies dont l'étranglement est récent, avec la paroi postérieure du conduit de l'aponeurose du muscle costo-abdominal. Un tissu lamineux lâche est le seul moyen d'union entre toutes ces parties, qui peuvent fuir devant l'instrument, lorsqu'il n'arrive pas sur elles perpendiculairement à leur direction, mais plus ou moins obliquement et dans une ligne presque parallèle à celle du cordon que l'on veut ménager.

L'artère circonflexe de l'ilium ne peut guère être divisée dans l'opération de la hernie fémorale. Cependant on conçoit la possibilité de cette lésion, lorsque le débridement est fait directement en dehors et dans une trop grande étendue. Quelquefois cette artère est presque aussi grosse que la sus-pubienne, et peu après son origine elle donne deux branches, dont l'une passe sous l'arcade crurale, à deux pouces de la symphise des os pubis, et se divise en rameaux qui se distribuent sur cette symphise à la graisse et à la peau, tandis que d'autres rameaux se répandent seulement sur cette partie du fascia-lata.

(1) Voy. Commentarius de structurâ peritonæi, testiculorum tunicis, eorumque ex abdomine in scrotum descensu ad illustrandam herniarum indolem, auctore C.-J.-M. Langenbeck, etc., pl. XXI et pag. 122, Gottingæ, 1817. Voyez aussi la planche première de cette dissertation.

VINGT-TROISIÈME OBSERVATION.

Pichenaud, âgé de cinquante-neuf ans, plus cassé qu'on ne l'est ordinairement à cet âge, portait depuis sa jeunesse une hernie crurale du côté gauche, contenue par un bandage, qu'il ôtait seulement pendant la nuit : cette hernie ne lui avait jamais causé aucun accident; elle était même, malgré son ancienneté, d'un assez petit volume, lorsqu'ayant oublié de mettre son bandage, il éprouva tous les symptômes d'un étranglement. Il se mit entre les mains d'un officier de santé, qui, sans s'occuper de sa hernie, lui donna des purgatifs et des boissons au moins insignifiantes, le berçant, pendant huit jours, de l'espoir d'une guérison prochaine, jusqu'à ce qu'enfin, voyant son état désespéré, il lui conseilla d'entrer dans un hôpital.

Le malade fut apporté à l'Hôtel-Dieu, huit jours après l'étranglement : sa face était décomposée, le ventre tendu, très-douloureux, le pouls misérable, point de selles depuis les premiers symptômes de l'étranglement. La tumeur herniaire, peu volumineuse, indolente, molle, faisait entendre un bruit, par l'effet d'une légère pression.

Quoique tout parût indiquer que le temps de l'opération était passé, que la mort du malade était inévitable, on voulut profiter des seules chances de salut qui existassent encore. L'opération fut donc pratiquée de la manière suivante : Une incision longitudinale de la peau fut faite sur un pli transversal, plusieurs faux sacs furent percés et divisés; un peu de sérosité s'écoula du véritable sac; l'intestin se présenta : il était très-rouge en avant, mais adhérait au sac d'une manière intime, dans tout le reste de son étendue.

On pouvait ouvrir l'intestin, et débrider à-la-fois sur lui et sur le sac, comme Arnaud l'a fait le premier, et comme M. Dupuytren l'a lui-même pratiqué; mais on préféra débrider en haut et dehors, en laissant l'intestin dans son état d'intégrité.

Les hoquets et les vomissements persistèrent dans toute leur intensité; les évacuations furent nulles.

Le lendemain matin, on écarta les bords faiblement réunis de la plaie; on fit sur la lèvre interne une incision perpendiculaire à la première; on débrida de nouveau; mais aucune matière ne sortit : la douleur du ventre augmenta; les vomissements se rapprochèrent; la nuit fut très-agitée.

Le lendemain matin, deuxième jour, le malade était mourant,

les extrémités froides, la face décomposée, les forces anéanties. M. Dupuytren se décida à fendre l'intestin; il ne sortit d'abord aucune matière, mais le doigt introduit dans le bout supérieur ouvrit une voie à des matières jaunâtres, analogues à celles des vomissements; une sonde fut substituée au doigt, et procura des évacuations abondantes.

Il était facile de prévoir la mort prochaine de ce malade; elle arriva à midi, onze jours après l'étranglement, et deux jours après l'opération.

Examen du corps. L'aorte thoracique fut injectée pour pouvoir examiner convenablement les rapports des vaisseaux avec la hernie.

Le ventre ouvert, on vit des traces non équivoques de péritonite, l'adhérence albumineuse des intestins avec les parois abdominales. On fut frappé du volume que présentait une portion de l'intestin grêle; on eût dit, au premier coup-d'œil, que c'était un gros intestin; mais il fut facile de voir que ce volume considérable dépendait des matières accumulées dans la partie de l'intestin grêle situé au-dessus de la hernie, tandis que celle qui lui faisait suite était resserrée.

La hernie était formée par l'intestin pincé dans une partie de son diamètre; on le voyait descendre verticalement derrière l'arcade crurale pour devenir horizontal à la sortie de cette arcade : il était épaissi et adhérent au péritoine, derrière l'anneau, au niveau et au-devant de celui-ci. Comme il n'existait plus d'étranglement à l'arcade, on se demandait pourquoi les matières ne s'étaient point écoulées au dehors. Avant l'examen des parties, M. Dupuytren nous dit que cela tenait à l'espèce d'éperon que formait la partie postérieure de l'intestin; que cet éperon ne se formerait pas, si l'intestin pincé décrivait à l'endroit de ce pincement une courbe analogue à celle des circonvolutions; mais que si les deux portions d'intestin, la supérieure et l'inférieure, viennent dans une direction presque parallèle s'engager dans l'anneau, l'éperon est très-marqué, et d'autant plus que le parallélisme est plus parfait.

La théorie de la formation de cet éperon bien connue, M. Dupuytren ouvrit l'intestin à sa partie antérieure, et alors on vit une saillie aussi prononcée que possible, véritable cloison qui séparait la partie supérieure de l'intestin grêle de sa partie inférieure.

Quant aux rapports des vaisseaux avec la hernie, ils étaient les suivants :
L'artère inguinale était placée en dehors, les artères scrotales se voyaient

en dedans ; l'artère sus-pubienne occupait la partie externe du sac ; la testiculaire se dirigeait de dehors en dedans, le long de l'arcade, dans l'épaisseur de laquelle elle était pour ainsi dire placée.

L'artère sus-pubienne donnait deux rameaux, dont l'un assez considérable reposait sur la face antérieure du collet du sac. Ce rameau, qui paraît être assez constant en arrière, établissait une communication entre les artères sous et sus-pubienne : il se trouve quelquefois au dedans du sac herniaire, et peut remplacer le tronc même de la sous-pubienne, comme nous en avons vu un exemple sur un sujet. Ces vaisseaux occupaient la partie postérieure et externe de la hernie.

VINGT-QUATRIÈME OBSERVATION.

Barbet (Louis-Vincent), âgé de quarante-cinq ans, homme vif, bien constitué, n'ayant jamais eu de maladie interne, né de parents sains, portait, depuis trente ans, une hernie crurale du côté gauche, et depuis vingt ans, une autre du côté droit ; la première n'était jamais rentrée, la seconde rentrait facilement, mais incomplétement ; aucune n'avait été soutenue par le bandage, et cependant Barbet avait supporté les fatigues de la guerre, sans jamais éprouver aucune incommodité. Revenu dans ses foyers, depuis long-temps livré à des occupations paisibles, négligeant toujours de porter un bandage, un jour qu'il était assis adossé contre un mur, et spectateur tranquille des jeux de quelques personnes qui folâtraient, il fut renversé par terre ; ces personnes tombèrent avec lui, et dans leur chute frappèrent précisément sur la hernie gauche ; aussitôt douleur atroce. Il se rendit chez lui, ne put goûter un moment de repos ; le hoquet survint pendant la nuit, d'abord peu fréquent, mais ensuite très-répété ; le lendemain, vomissement de matières alimentaires, puis bilieuses, et enfin de matières fécales. En vain pour se soulager, le malade prit-il quelques boissons, il les rendait presque aussitôt par le vomissement ; la peau qui couvrait la hernie devint rouge, tendue. Mêmes symptômes, mais plus intenses le lendemain : enfin, cinq jours se passèrent sans que le malade songeât à avoir recours à l'art : on l'apporta à l'hôpital, dans le commencement du sixième, et dans l'état suivant :

A l'aine droite, tumeur molle, facile à reconnaître pour une hernie

crurale, rentrant avec facilité, mais jamais spontanément, ni d'une manière complète.

A l'aine gauche, tumeur du volume des deux poings réunis, demi-sphérique, à base large, mesurant presque toute l'étendue qui sépare l'épine du pubis de l'épine antérieure et supérieure de l'os coxal; une rougeur intense, légèrement violacée, occupait toute sa surface et s'étendait à la peau voisine de l'abdomen et de la cuisse; au centre, petit point presque noirâtre. Pressait-on cette tumeur, on sentait d'abord une fluctuation manifeste, et bientôt, avec un peu plus d'attention, on distinguait une tumeur dure, rénitente. Le ventre était tendu, mais souple et sur-tout indolent; les selles nulles, depuis l'étranglement; le pouls était régulier, calme, quoique faible; la figure bonne, les yeux vifs, les mouvements faciles; mais il existait un hoquet perpétuel, qui diminuait lorsqu'on faisait causer le malade; enfin, des vomissements assez fréquents devaient inspirer beaucoup de craintes.

L'opération était urgente; le malade la rejeta d'abord avec une opiniâtreté désespérante, et il préférait sortir de l'hôpital; mais enfin il céda aux raisons pressantes qu'on lui donna. L'opération n'en fut pas moins retardée de neuf heures.

Une incision transversale fut pratiquée à la peau sur le milieu de la tumeur, depuis l'extrémité interne jusqu'à l'externe de son grand diamètre; elle avait de cinq pouces et demi à six pouces. A peine la peau fut-elle entamée qu'il s'écoula une assez grande quantité de matières huileuses, ce qui étonna beaucoup les assistants. Cette incision prit la forme d'un T, par un autre coup de bistouri porté perpendiculairement sur la lèvre supérieure de la première incision; la matière huileuse coula avec abondance; des gaz fétides s'échappèrent, et cependant on n'avait encore intéressé que la peau; plusieurs couches de tissu lamineux infiltré de pus, de gaz et de graisse furent divisées avec la même précaution que dans la hernie la plus récente. Une membrane lisse fit croire un instant qu'on était parvenu à la surface extérieure de l'intestin distendu outre mesure, mais on se détrompa bientôt; de nouvelles couches furent divisées, et l'on arriva enfin dans le véritable sac. L'épiploon se présenta, il avait sa couleur naturelle, et paraissait avoir été le siége de la fonte graisseuse dont nous avons parlé. Derrière lui était l'in-

testin; sa couleur noire, sa forme, sa consistance, firent croire un instant que c'était une extrémité de la rate : on l'examina de tous côtés, et on aperçut près de l'attache du mésentère une crevasse assez considérable.

Le débridement parut tout-à-fait nécessaire pour détruire la cause de l'étranglement, et pour donner issue aux matières, dont il ne s'était pas épanché un atome dans le sac. Mais où débrider ? Des adhérences celluleuses multipliées existaient entre le sac et l'épiploon ; elles unissaient étroitement l'intestin avec l'épiploon : le procédé d'*Arnaud* était le seul praticable ; il fallait débrider à-la-fois sur l'intestin et sur l'arcade ; mais Arnaud avait affaire à une enterocèle chez une femme, et ici on opérait un homme d'une entéroépiplocèle. En pareil cas, les principes et les exemples manquaient à l'art, et c'est dans son propre fonds et à l'instant même que le chirurgien devait chercher des règles de conduite.

La déchirure de l'intestin fut agrandie ; le doigt porté dans le bout interne sentit à une certaine hauteur l'étranglement produit par l'arcade ; en dedans battaient les vaisseaux de l'épiploon, ce qui rassura un peu sur le résultat de l'opération, en faisant penser que l'épiploon contenu dans l'abdomen ne participait point à la fonte graisseuse ; mais c'était une difficulté de plus pour l'opérateur. En avant se trouvait l'artère testiculaire, en arrière la crurale. Que d'écueils à éviter ! ils le furent tous par un débridement oblique en dedans, et très-légèrement en haut, pratiqué à deux reprises différentes.

L'étranglement fut levé, et cependant il ne s'écoula point de matières. Craignant que l'ouverture ne fût trop étroite, on l'agrandit avec des ciseaux; un peu de sang suinta des bords de la plaie, ce qui démontra la persistance de la vie dans l'intestin ; mais aucune matière ne parut. Aurait-on agi sur le bout inférieur? Le doigt introduit dans l'autre bout reconnut une bride demi-circulaire, tendue, résistante, qui ne lui permit de passer outre qu'avec difficulté : on réfléchit un moment pour aviser au moyen de couper cette bride sans intéresser l'artère sus-pubienne, et on y parvint par un débridement ménagé. A peine cette bride fut-elle divisée, qu'on vit jaillir par le bout primitivement débridé, une assez grande quantité de matières ; une compression légère exercée sur le ventre favorisa cette évacuation. La lèvre inférieure de la plaie qu'on avait d'abord cru pouvoir respecter, ne servant qu'à retenir les matières, fut incisée à son tour.

On pansa le malade avec de la charpie disposée autour de la plaie de

manière à laisser libre l'ouverture de l'intestin ; on prescrivit de l'eau de veau et de la limonade tartareuse.

Une heure après l'opération, le malade eut une sueur abondante qui continua toute la nuit. Il dit avoir senti des gaz qui voulaient s'échapper par l'anus ; le hoquet persistait avec la même fréquence et empêchait le malade de se livrer au sommeil. Le lendemain matin plus de vomissements, nulle douleur, ni au ventre ni à la plaie ; l'appareil était entièrement traversé par les matières fécales, il le fut encore le soir : on appliqua sur la plaie des plumasseaux de charpie imbibés de vin miellé : les matières coulèrent en abondance.

La nuit, les hoquets devinrent plus fréquents, plus pénibles ; le malade sentit comme un poids à l'épigastre : un vomissement de matières fécales le soulagea pendant quelques instants et lui permit une demi-heure de tranquillité parfaite, et un léger sommeil que troublèrent bientôt le hoquet et de nouveaux vomissements.

Le matin du troisième jour le pouls était accéléré, mais peu développé ; l'abdomen toujours indolent, sans tension, sans météorisme, mais plus consistant que dans l'état naturel. Une sonde de femme introduite dans le bout supérieur de l'intestin, donna issue à une grande quantité de matières liquides jaunâtres et de gaz ; une sonde de gomme élastique fut laissée à demeure et favorisa l'écoulement de beaucoup de matières. Pendant la nuit, le malade se plaignit d'une crampe très-douloureuse dans le mollet gauche.

Le quatrième jour le hoquet avait disparu, mais la voix paraissait presque éteinte ; le pouls commença à devenir faible et accéléré ; les matières offrirent le soir une couleur noire, une odeur fétide, une plus grande consistance. M. Dupuytren craignit avec raison que le malade, qui avait surmonté tant de dangers, ne vînt à échouer misérablement au port et ne succombât d'adynamie, par l'effet des évacuations intestinales excessives ; il pensa que si l'on pouvait l'arracher à cette adynamie, il serait sauvé. Une potion thériacale fut donnée par cuillerée de deux heures en deux heures ; on prescrivit aussi du vin sucré, et un peu d'eau vineuse ; on pansa deux fois par jour avec le plus grand soin. En vain tous les secours de l'art furent prodigués à ce malade ; les accidents s'aggravèrent de plus en plus ; il offrit successivement tous les symptômes locaux et généraux que produit

la gangrène d'un organe essentiel à la vie, et il expira le huitième jour après l'opération.

Examen du cadavre. — L'aorte étant injectée à la fin de sa portion pectorale, un peu d'injection passa par la plaie; l'abdomen ouvert, on vit l'épiploon, étendu comme une véritable toile au-devant des intestins, adhérant en haut à la grande courbure de l'estomac, latéralement au colon ascendant et descendant; en bas il plongeait de chaque côté sous l'arcade crurale; il était uni par son milieu au sommet de la vessie; il était divisé transversalement à sa partie moyenne et soulevé par la masse intestinale; il offrait plusieurs prolongements qui s'enfonçaient entre les circonvolutions de l'intestin, et qui auraient bien pu devenir la cause d'un étranglement, s'ils avaient contracté des adhérences avec le mésentère.

Immédiatement derrière l'arcade crurale du côté droit, l'épiploon offrait un anneau d'un pouce environ de diamètre; l'intestin était derrière; un effort eût pu facilement le faire passer à travers cette ouverture, comme on l'exécuta sur le cadavre, et cet intestin eût fort bien pu s'étrangler, tandis que la hernie extérieure serait rentrée avec facilité; et alors dans quel embarras n'aurait pas été jeté le praticien! Après avoir formé cet anneau, l'épiploon s'engageait sous l'arcade et venait faire partie de la hernie crurale; des adhérences celluleuses l'unissaient en avant au sac dans une assez grande étendue.

Les rapports des vaisseaux avec la hernie non étranglée furent examinés. Au-devant du sac, nul vaisseau artériel notable, seulement quelques ramifications veineuses; en arrière se trouvaient les artères et les veines scrotales; la veine tibio-malléolaire et la veine crurale, en dehors, on voyait l'artère crurale, qui, éloignée de la partie supérieure du sac, se rapprochait de l'inférieure. De cette artère partaient en dehors les branches inguinales divisées en plusieurs rameaux divergents, et plus profondément la circonflexe de l'ilium; en dedans la sus-pubienne, qui, née immédiatement au-dessous de l'arcade, et dirigée verticalement, se portait ensuite obliquement en haut, accolée au côté externe du collet du sac, passait sous l'arcade crurale, et bientôt après derrière l'artère testiculaire, pour gagner d'une manière flexueuse la face interne du muscle sterno-pubien. L'artère sus-pubienne fournissait en dedans un petit rameau qui s'élevait sous l'arcade, et se joignait au cordon testiculaire; ce cordon occupait la partie supérieure de la hernie; l'artère et la veine testiculaire,

après avoir parcouru un trajet vertical, parvenues à la réunion du tiers externe de l'arcade avec les deux tiers internes, et plus en dehors que l'artère sus-pubienne, changeaient de direction, devenaient horizontales, et suivaient le trajet de l'arcade, passant devant la sus-pubienne, se joignant au canal déférent, puis au muscle crémaster qui les cachait; l'artère se divisait en deux rameaux principaux, dans tout son trajet horizontal; ils étaient distants de trois lignes environ de l'arcade. Après avoir enlevé les lambeaux noirs et infects qui donnaient à la plaie un aspect hideux, on examina de ce côté les rapports des parties : l'artère sus-pubienne naissait plus bas, et d'un tronc commun avec la sous-trokantinienne (circonflexe interne); la circonflexe de l'ilium naissait à son niveau. L'artère crurale était à peine recouverte par une demi-ligne de débris gangrenés, en sorte que si le malade eût vécu plus long-temps, elle aurait probablement été dénudée; au milieu de ces parties se voyait l'intestin d'une couleur noire très-foncée.

Examiné à l'extérieur, l'anneau très-largement débridé, était entouré d'un épiploon livide, duquel le bistouri exprimait une sanie putride; en dehors, il était disposé en bride, et inégalement déchiré.

En développant avec précaution l'intestin grêle pour reconnaître la portion qui formait la hernie, cette partie rentra facilement dans l'abdomen; ce qui prouva qu'il n'y avait pas d'adhérence, ou du moins qu'elle était très-faible. Des deux bouts d'intestin, le supérieur très-obliquement divisé, se terminait comme en pointe, l'autre bout était aussi obliquementdivisé; la portion d'intestin intermédiaire offrait une ouverture du diamètre d'un pouce; celle qui soutenait les extrémités de l'intestin était épaisse.

VINGT-CINQUIÈME OBSERVATION.

Guitonneau (Pierre), âgé de soixante ans, eut, six semaines avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, une fièvre intermittente qu'il traita avec une tisane de petite centaurée, et qui céda au bout de huit jours. Depuis cette époque il conserva une facilité très-grande à se fatiguer, mais il recouvra bientôt son appétit ordinaire.

Le 1er octobre 1818, à neuf heures du matin, deux heures après avoir

mangé, il déchargeait des balles de laine que contenait sa charrette, lorsque tout-à-coup il fut pris d'une colique violente, de nausées et de hoquets, et peu après de vomissements. Ce fut alors que pour la première fois il sentit à la région inguinale une tumeur très-dure, résistante, douloureuse, sans changement de couleur à la peau; il continua à marcher pendant toute la journée, resta ensuite vingt-quatre heures au lit; mais il fit de l'exercice dans la soirée du 2 octobre : les vomissements se renouvelèrent de temps en temps pendant ces deux jours, et l'abdomen devint douloureux.

Le 3 octobre, dans la matinée, il envoya chercher un médecin, qui reconnut une hernie, et fit pour la réduire des efforts modérés qui n'eurent aucun succès.

A onze heures et demie, le malade fut apporté à l'Hôtel-Dieu, cinquante heures après l'étranglement. Il existait à la région inguinale droite une tumeur dirigée très-obliquement de dehors en dedans, un peu de haut en bas, située au-devant des muscles de l'abdomen; son extrémité externe paraissait se recourber en arrière et en haut; cette tumeur avait le volume et la forme d'un œuf, aplatie de haut en bas; elle était très-dure, douloureuse, sans changement de couleur à la peau.

L'abdomen était sensible, sur-tout à la région ombilicale, la peau médiocrement chaude, le pouls facile à déprimer, la langue couverte d'un enduit jaune. De temps en temps il y avait des hoquets, et plus rarement des vomissements de matières liquides verdâtres, peu fétides.

Bain d'une heure, pendant la durée duquel on pratiqua une saignée de cinq à six palettes : des efforts modérés de taxis ne produisirent aucun effet. A six heures et demie, cinquante-huit heures depuis l'étranglement, M. Dupuytren fit à la peau, sur la tumeur, un pli oblique de haut en bas, et de dehors en dedans, qu'il incisa de son bord libre à son bord adhérent, puis il rendit cette incision cruciale en divisant chacune de ses lèvres. Il arriva bientôt au feuillet superficiel de l'aponeurose fémorale, le divisa, et après lui une grande quantité de tissus lamineux; enfin il parvint à un corps arrondi, dur, de consistance cartilagineuse, qu'il divisa peu-à-peu jusqu'à la profondeur d'une ligne. Il vit s'écouler une petite quantité de liquide séreux, légèrement jaunâtre, tenant en suspension de petits grumeaux jaunâtres, et n'ayant nullement l'odeur des matières fécales. L'ouverture fut agrandie à l'aide d'un bistouri boutonné, ce qui permit d'introduire le doigt

dans une cavité capable de contenir un œuf de pigeon, à la partie supérieure de laquelle on sentit un corps du volume d'une aveline, dur, arrondi, élastique, s'engageant sous l'arcade fémorale par une partie rétrécie. Le doigt indicateur porté jusqu'à l'arcade, servit de conducteur à un bistouri boutonné courbe, tranchant sur sa convexité, avec lequel M Dupuytren débrida très-obliquement de bas en haut, de dedans en dehors, suivant la direction du cordon testiculaire; l'intestin rentra presque sur-le-champ, il n'était que pincé; les lèvres de la plaie furent un peu rapprochées, couvertes de charpie et d'un bandage.

Pendant toute la nuit le malade vomit tout ce qu'il but; il eut des hoquets très-forts et très-fréquents; la constipation continua; il n'eut que très-peu de sommeil.

Le 4 octobre au matin, les hoquets persistèrent; le ventre fut douloureux, sur-tout à la région ombilicale; l'expression de la face altérée; le pouls très-petit. On prescrivit deux saignées, l'une immédiatement après la visite, et l'autre à midi.

Dans la journée, le malade souffrit peu de l'abdomen, vomit une gorgée d'un liquide noirâtre; mais les hoquets et la constipation continuèrent.

Le soir, le pouls était petit, peu fréquent, la langue humide et couverte d'un enduit blanchâtre peu épais; on donna une once de vin de quinquina.

A huit heures et demie, le malade s'agita beaucoup dans son lit, il eut du délire, et prononçait des mots incohérents; le pouls devint insensible, les extrémités se refroidirent : le malade mourut à onze heures.

On reconnut par la dissection, qu'on avait bien jugé de l'état des parties, et que l'opération avait été faite de la manière la plus convenable; les enveloppes extérieures de la hernie étaient celles que l'on a indiquées; le sac était fibro-cartilagineux et l'intestin seulement pincé. La portion intestinale comprise dans la tumeur, appartenait à l'iléon; elle était située à six pouces au-dessus du cœcum; elle offrait la largeur d'une pièce de deux francs, était circonscrite par un enfoncement circulaire comprenant la moitié du calibre de l'intestin; sa face interne était légèrement rouge, elle adhérait à l'anneau; le bout supérieur et le bout inférieur ne différaient pas sensiblement par leur volume.

L'artère sus-pubienne, située au côté externe du collet du sac et à six

lignes de lui, passait par-dessus pour se rendre derrière le muscle sterno-pubien, après avoir croisé la direction du cordon testiculaire.

L'artère testiculaire, dans son trajet par le canal sus-pubien, était éloignée de huit lignes du débridement qui avait été pratiqué.

Le cordon résultant de l'oblitération de l'artère ombilicale se trouvait placé plus en dedans; une veine du volume de l'artère radiale, passait sur le ligament de Gimbernat.

Les vaisseaux qui rampent sous la tunique péritonéale des intestins, étaient remplis de sang; le péritoine mince, lisse, transparent, ne contenait pas de sérosité.

Tout le canal intestinal renfermait des matières fécales liquides, jaunâtres, dans les intestins grêles, noirâtres dans les gros intestins; trois ou quatre taches rouges, très-peu étendues, existaient dans l'estomac et les intestins grêles; la membrane de tout le système vasculaire offrait une rougeur très-vive dans les endroits vides de sang, et dans ceux qui en contenaient; le péricarde renfermait un peu de sérosité rouge.

VINGT-SIXIÈME OBSERVATION.

Antoine Dubuc, âgé de cinquante ans, d'un tempérament bilieux et d'une bonne constitution, portait depuis très-long-temps une hernie, qu'il réduisait avec facilité, et qui ne l'avait jamais incommodé, ce qui lui fit négliger la précaution de porter un bandage. Bientôt il eut à se repentir de sa trop grande sécurité : à la suite d'un violent effort pour soulever un fardeau, il sentit une espèce de craquement vers l'arcade crurale; il vit la tumeur s'accroître, devenir dure et douloureuse; des coliques se manifestèrent vers la région ombilicale; l'excrétion des matières fécales se suspendit; des nausées, des envies de vomir et des vomissements réitérés survinrent : d'abord des matières alimentaires, puis des matières bilieuses, et enfin des excréments furent rendus par la bouche.

La face était pâle et décolorée; la faiblesse du pouls et l'état de souffrance du malade n'annonçaient déjà que trop l'incertitude d'une opération pratiquée le sixième jour d'un étranglement herniaire inflammatoire.

La tumeur était rénitente; lorsqu'on saisissait la partie supérieure avec l'indicateur et le pouce, et qu'on commandait au malade de tousser, elle

augmentait de volume, et on s'assurait encore qu'elle communiquait avec la cavité abdominale. On eut donc recours à la seule ressource qui restait pour sauver le malade, on pratiqua l'opération.

On parvint facilement dans le sac ; il contenait de la sérosité dans laquelle nageaient des flocons albumineux, et une très-petite anse d'intestin grêle, recouverte d'une espèce de fausse membrane au-dessous de laquelle on voyait les parties dans un état qui pouvait en permettre la réduction. M. le professeur Dupuytren n'hésita pas à débrider en haut et en dedans. Il n'y eut pas le plus léger écoulement de sang ; cependant le malade ayant été transporté dans son lit, les accidents se soutinrent pendant quelques heures, et ce ne fut que vers le soir qu'ils commencèrent à décliner d'une manière sensible (léger laxatif, fomentations émollientes). Les selles furent rares, peu abondantes, la tension abdominale persista, la faiblesse se changea en prostration, les hoquets se renouvelèrent, et en deux jours le malade périt victime de sa négligence à recourir aussitôt après son accident aux soins d'un chirurgien éclairé.

Quelques points du péritoine étaient enflammés ; il existait dans l'abdomen un léger épanchement séreux. On apercevait sur la partie inférieure du jéjunum qui avait été étranglée, cinq ou six points gangréneux, de la largeur d'une grosse tête d'épingle ; et quoique frappées de mort dans certains endroits, les membranes intestinales ne s'étaient point déchirées et avaient retenu les matières fécales.

Les vaisseaux étaient placés au côté externe du sac, l'artère sus-pubienne située en dehors du sac herniaire, suivait ensuite son trajet accoutumé ; l'artère testiculaire correspondait aussi au côté externe du sac, mais plus extérieurement que la première ; elle le contournait en s'y appliquant immédiatement, et en formant une courbure dont la convexité était en dehors et la concavité en dedans. Elle longeait ensuite l'arcade crurale, pour gagner l'anneau sus-pubien, et se tenait éloignée d'un quart de pouce du bord inférieur du ligament de Fallope.

VINGT-SEPTIÈME OBSERVATION.

Suir (Jean-Basile), vieillard presque septuagénaire, sourd, d'une constitution débile, détériorée par l'âge et la misère, fut apporté à l'Hôtel-

Dieu, le 10 janvier 1813, dans l'état suivant : A l'aine gauche se voyait une tumeur demi-sphérique, à base large, du volume du poing d'un enfant, située sur la partie moyenne, un peu interne de l'arcade crurale, molle, et d'un rouge violacé; du reste, le pouls était presque naturel, la langue bonne, le ventre légèrement douloureux; les hoquets étaient fréquents, les éructations fétides et continuelles, les vomissements rares, les selles nulles; la face paraissait décomposée, de manière qu'on ne pouvait distinguer l'effet de la maladie de celui de la cacochymie; il avait une voix faible, et ses forces morales semblaient être épuisées. Le malade ne put se tenir debout pendant qu'on préparait son lit, et après y avoir été placé, il se mettait sans effort sur son séant. L'ensemble de ces symptômes fit aisément reconnaître la nature de la maladie et l'époque à laquelle elle était parvenue. Les circonstances commémoratives venaient encore confirmer le diagnostic déjà établi par l'examen des phénomènes existants; le malade avait depuis trois ans environ, une hernie crurale qu'il n'avait jamais contenue, lorsque le 26 décembre, après un repas copieux, il éprouva tout-à-coup, sans autre cause connue, une colique violente, des nausées, des vomissements, une impossibilité de faire rentrer sa tumeur, auparavant facilement réductible, en un mot, tout l'appareil des symptômes de l'étranglement aigu; le même état persista pendant la nuit, et le lendemain les symptômes s'accrurent. Ce malheureux resta sans secours jusqu'au surlendemain, où l'on put enfin pénétrer dans sa chambre. On le trouva entouré de débris de substances alimentaires. Un médecin le flatta du vain espoir d'une prompte guérison, et se contenta de remèdes insignifiants; cependant les vomissements de matières fécales avaient succédé à ceux des matières alimentaires; les hoquets se pressaient, le mal empirait chaque jour : tout-à-coup les accidents cessèrent, les vomissements devinrent plus rares, et les hoquets plus fréquents. Le malade se décida enfin à entrer à l'Hôtel-Dieu, le neuvième jour de l'étranglement. Un cataplasme émollient fut provisoirement appliqué sur la tumeur. A la visite du matin, tout était comme la veille, seulement l'épiderme était détaché sur le centre de la hernie, et la peau de cette partie offrait une tache noirâtre.

L'indication était claire : il fallait ouvrir cet abcès gangréneux et stercoral, pratiquer un anus contre nature; mais, à la rigueur, le désordre pouvait n'être pas si grand qu'il le paraissait; aussi M. Dupuytren divisa-t-il la peau avec la même précaution que dans l'opération d'une hernie récente. A peine

le foyer fut-il ouvert, qu'il en sortit une très-grande quantité de pus noirâtre, et horriblement fétide. Cette fétidité est un des caractères des abcès situés près des grandes cavités. Jusqu'ici point de matières, et le foyer abstergé, les lambeaux du sac gangrené enlevés, on aperçut une lame grisâtre différente, que l'on reconnut pour être l'intestin affaissé et sans vie; on l'ouvrit avec des ciseaux; aucune matière ne s'en écoula. L'opération aurait dû se borner là, suivant Louis, qui regarde tout débridement dans ce cas, comme inutile, puisqu'il n'y a point d'étranglement, et comme dangereux, puisqu'il expose à l'épanchement des matières dans l'abdomen, et entrave le rétablissement de leur cours; mais, suivant Arnaud, Scarpa, et d'autres chirurgiens célèbres, l'opérateur ne devait pas se borner à cette simple incision de l'intestin, il fallait évidemment débrider pour donner issue à des matières accumulées depuis neuf jours, pour faciliter consécutivement cette issue, et pour lever tout étranglement intérieur, s'il en existait. Au défaut de bistouri concave boutonné, toujours préférable, une sonde cannelée fut portée dans l'anneau; mais l'intestin adhérait à l'anneau dans tout son pourtour. Fallait-il détruire cette adhésion plutôt que de débrider à-la-fois sur l'intestin et l'anneau? Non sans doute, et à l'exemple d'Arnaud, dans un cas cependant un peu différent, on incisa le ligament de Fallope avec le bistouri dirigé sur la sonde: mais dans quelle direction convenait-il de faire le débridement? Ce fut en haut que débrida Arnaud, mais c'était à une femme qu'il avait affaire. Dans le cas en question, un pareil débridement exposait infailliblement le malade au danger de l'hémorrhagie, par la lésion de l'artère testiculaire; et l'incision faite en dehors eût pu blesser l'artère sus-pubienne. C'est donc en bas et en dedans, suivant la direction de l'arcade crurale, que le débridement fut pratiqué, comme offrant dans cette direction moins d'inconvénients que dans toute autre.

A peine ce débridement fut-il exécuté, qu'on vit sortir une quantité prodigieuse de matières fécales. Le doigt introduit dans la plaie, et la pression sur le ventre, favorisèrent encore leur expulsion; on ne voulut pas trop insister, la nature ne supportant que difficilement le passage subit d'un état à un autre.

Des compresses fenêtrées, beaucoup de charpie, des compresses longuettes, soutenues par un bandage triangulaire imbibé d'une décoction aromatique, les soins de propreté, le renouvellement fréquent de l'appareil, l'onction du voisinage de la plaie avec un corps gras, constituaient

tous les pansements : à l'intérieur, point de purgatifs, mais l'on permit d'abord quelques fortifiants. Dès ce moment, le malade fut soulagé ; le ventre paraissait indolent, souple ; les évacuations par la plaie furent très-abondantes; les vomissements, d'abord moins rapprochés, cessèrent bientôt entièrement, mais les hoquets restèrent rebelles ; cependant ils cédèrent à à leur tour : la nuit fut très-bonne ; le lendemain l'appétit revint, il était même assez fort pour que le malade demandât quelques aliments; on lui accorda du vermicelle.

Le deuxième, troisième et quatrième jour, le mieux se continua ; la figure du malade parut riante ; l'appétit se soutenait.

Le cinquième jour au matin, sa figure parut triste ; le malade se plaignit de douleurs à la plaie, et, en effet, son pourtour était d'un rouge vif ; les idées devenaient confuses ; il éprouva du délire, tomba dans une grande faiblesse ; sa voix était à peine intelligible ; le soir, la face était très-rouge, le pouls très-agité, la langue sèche.

Le sixième jour, ces symptômes allèrent encore en croissant, et la mort arriva dans la nuit, le seizième jour depuis l'étranglement.

Examen du cadavre. Les vaisseaux artériels avaient été injectés pour en mieux étudier les rapports ; on trouva l'artère sus-pubienne située au côté externe de l'ouverture fistuleuse. L'artère testiculaire suivait exactement la direction de l'arcade crurale, placée pour ainsi dire dans son épaisseur ; mais le côté opposé devait offrir des faits intéressants à connaître. M. Dupuytren voulut simuler de ce côté l'opération de la hernie ; en introduisant le doigt derrière l'arcade, il sentit un petit sac herniaire vide ; alors, substituant à son doigt celui d'un aide, il procéda à la dissection des parties, et nous montra, de la manière la plus manifeste, les rapports que le désordre de la maladie attirait et rendait moins sensibles de l'autre côté.

En dehors et en arrière du sac, étaient les vaisseaux cruraux, l'artère en dehors et en avant, la veine en arrière : à quelques lignes du ligament de Fallope, naissait de la partie interne et supérieure de l'artère fémorale l'artère sus-pubienne, se dirigeant d'une manière flexueuse vers le bord externe du muscle sterno-pubien, et, dans son trajet, elle fournissait une branche assez volumineuse, qui parcourait transversalement toute la largeur du sac, et venait s'anastomoser en dedans avec la sous-pubienne : cette branche est

assez constante. Quand l'artère sous-pubienne naît de la sus-pubienne, elle suit le plus souvent cette même direction, et présente les mêmes rapports avec le sac.

L'artère sus-pubienne verticale et flexueuse dans la plus grande partie de son trajet, gagnait le milieu environ de l'arcade crurale, parcourait, comme une ligne tremblée, toute la moitié interne de cette arcade, à deux lignes ou deux lignes et demi de son bord, distincte à travers son épaisseur chez ce sujet, se dirigeant un peu en dedans pour gagner l'anneau sus-pubien, un peu plus éloigné en ce point du bord libre de l'arcade. Il fut alors très-facile de voir que le débridement direct en haut doit nécessairement intéresser l'artère testiculaire, ou seule, ou avec l'artère sus-pubienne, à l'endroit de leur entre-croisement; que le débridement en haut et en dehors peut paraître exposer à couper l'artère sus-pubienne; que celui en dedans et en haut peut faire craindre la lésion du cordon testiculaire; mais que celui en dedans et en bas, suivant la direction de l'arcade, conseillé par Scarpa, et celui en dehors suivant la direction de l'arcade, direction dont il ne parle pas, sont les plus convenables.

L'anus contre nature était formé aux dépens de l'iléon, à deux pieds et demi environ du gros intestin : deux bouts de l'intestin, l'un plus rétréci, placé en dedans et en haut sur le côté de la vessie, au péritoine de laquelle il adhérait; l'autre, plus large en dehors et en bas, venait s'ouvrir parallèlement au dehors. Un léger pli que maintenait une adhérence albumineuse d'un demi-pouce d'étendue, nous fit voir que les bouts de l'intestin adhéraient à l'anneau; non point à l'anneau fibreux, comme on l'a cru long-temps, mais à la portion du péritoine qui le revêt; circonstance importante, qui explique la possibilité de la guérison des anus contre nature, suite des hernies, l'impossibilité de celle des anus, suite d'éventration ou de plaie du canal intestinal.

L'adhérence rompue nous a permis de voir la couleur rouge noirâtre de l'intestin à son niveau; sa rougeur moindre, mais maladive au voisinage; le contour inégal et comme dentelé de l'orifice fistuleux : et, chose assez surprenante, un anneau entier d'intestin restait intact au milieu. Nous vîmes manifestement que cet intestin n'avait été que pincé dans la plus grande partie de son diamètre du côté opposé au mésentère; en vain le doigt et la sonde cannelée cherchèrent-ils les deux ouvertures, ils n'en trouvèrent qu'une, comme avant la séparation des

parties. En incisant la partie la plus voisine de l'estomac, on vit d'une manière évidente ce repli en forme de demi-croissant, ou promontoire, sur lequel Scarpa insiste tant, interposé entre les deux ouvertures ; repli ou promontoire qui s'oppose au passage des matières de l'un dans l'autre bout, sans cavité intermédiaire, et que des praticiens ont pensé pouvoir affaisser, en donnant une nourriture abondante. On vit encore le principe de cet entonnoir membraneux péritonéal, inconnu à Louis et à Sabatier, sur lequel Scarpa a, le premier, appelé l'attention et établi sa cure des anus contre nature, devenu partie du canal intestinal ; ce prolongement du péritoine, ce débri du sac herniaire, que la nature sait si bien mettre à profit, change nécessairement de texture pour devenir membrane muqueuse ; c'est le seul exemple bien reconnu de la conversion des membranes séreuses en folliculeuses.

Les intestins étaient plus injectés que de coutume, et humectés par une grande quantité de sérosité. Nous fûmes curieux de savoir ce qu'ils contenaient. L'estomac renfermait encore une grande quantité de matières fécales ; la portion de l'iléon inférieure à l'ouverture fistuleuse, était vide, rétrécie au point de ne pouvoir admettre une plume à écrire ; les gros intestins, revenus sur eux-mêmes, étaient dilatés par des matières très-dures.

VINGT-HUITIÈME OBSERVATION (1).

Michel Arnoux, savonnier à Marseille, âgé de cinquante-huit ans, entra à l'Hôtel-Dieu le 29 mars 1818, avec une hernie crurale ancienne, étranglée depuis quelques jours ; la mollesse de la tumeur et l'absence des principaux symptômes qui accompagnaient l'étranglement, firent retarder l'opération, et portèrent à prescrire des moyens généraux ; mais le surlendemain, le volume de la hernie augmenta, la constipation persista, des coliques et le hoquet survinrent ; et le sixième jour de l'étranglement, l'opération fut jugée indispensable : elle ne présenta rien de particulier, sinon que l'intestin, quoique en très-bon état, ne put être réduit après le débridement de l'anneau et du col du sac, fait dans la direction de la ligne blanche ; pour y parvenir, l'opérateur fut obligé de couper le ligament de Gimbernat, et une incision de deux lignes pratiquée, dans ce dernier endroit, fut suffisante pour permettre la réduction. En promenant

(1) Cette observation m'a été donnée par M. Ducros, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

son doigt sur le contour de l'ouverture, le chirurgien major (M. Moulaud) nous dit avoir senti un battement sensible sur les côtés externe et interne, et se félicita beaucoup de n'avoir pas prolongé la première incision.

Cette opération parut d'abord devoir réussir complétement; car, peu d'heures après son exécution, le malade alla abondamment à la selle, et cette évacuation fit disparaître tous les symptômes de l'étranglement: les jours suivants, la plaie, dont on avait favorisé la réunion par le rapprochement des bords, avait déjà fait des progrès vers la cicatrisation, lorsque le neuvième jour, des douleurs vives dans la poitrine se firent sentir, une diarrhée séreuse survint, et le malade expira la nuit suivante.

L'examen du corps montra un amas de matière puriforme, dans la cavité gauche de la plèvre, avec inflammation du poumon correspondant; la partie inférieure du canal intestinal était également phlogosée; le cœcum déplacé occupait la partie inférieure du bassin, et avait contracté dans cet endroit des adhérences avec le rectum et la vessie; la portion inférieure du colon tenait par une appendice épiploïque, qui avait acquis la consistance ligamenteuse au corps du sac, lequel n'avait pu être réduit, parce qu'il était adhérent; un rétrécissement de deux pouces et demi existait sur l'anse d'intestin faisant hernie, et dans une étendue triple au moins, ses parois avaient acquis une épaisseur considérable.

Les vaisseaux, qu'on avait eu la précaution d'injecter, offraient les rapports suivants: l'ouverture qui correspondait au col du sac, avait environ six à huit lignes de diamètre; elle était bornée en dedans par le bord libre du ligament de Gimbernat, sous lequel on voyait encore la trace du débridement; la veine iliaque externe formant en dehors ses limites, était croisée en avant par l'artère sous-pubienne; ce dernier vaisseau naissait de l'artère sus-pubienne, à la distance de deux pouces de l'endroit où celle-ci prend ordinairement origine de l'artère iliaque externe, en se recourbant de la paroi postérieure de l'abdomen sur la branche horizontale du pubis, pour se rendre au trou sous-pubien; l'artère sous-pubienne était séparée de l'os, au niveau de l'ouverture crurale, par un intervalle de deux pouces et demi, que traversait la veine iliaque, le paquet des vaisseaux lymphatiques du membre inférieur et le col du sac herniaire: dans ce trajet, elle était située à la partie externe et antérieure de ce dernier; elle se serait trouvée contiguë au ligament de Gimbernat, si, à son

insertion au pubis, ce repli n'eût formé avec l'os un angle rentrant, dans lequel l'artère sous-pubienne ne s'engageait pas; mais ce vaisseau plongeait directement dans le petit bassin, en abandonnant la paroi abdominale. Sans cette disposition, l'artère aurait été inévitablement lésée par le bistouri de l'opérateur; car elle aurait été exactement contiguë à la face pelvienne du ligament de Gimbernat.

Quant à l'artère sus-pubienne, dirigée en haut et en dedans, elle correspondait aux côtés externe et antérieur du col du sac, et en était éloignée de quatre à cinq lignes seulement; le cordon testiculaire croisé par cette artère, parcourait dans le canal inguinal son trajet ordinaire; l'artère testiculaire aurait été lésée en même temps que la sus-pubienne, si le débridement commencé dans la direction de la ligne blanche, avait été prolongé de quelques lignes. Tous ces vaisseaux, presque parallèlement situés à la moitié externe et antérieure du col du sac et de l'anneau crural, se trouvaient à-peu-près à une égale distance du bord postérieur ou pelvien du ligament de Fallope.

VINGT-NEUVIÈME OBSERVATION.

Rousseau (François), jardinier, âgé de trente-neuf ans, d'une bonne constitution, mais excessivement craintif, portait du côté droit, depuis sa plus tendre enfance, une hernie crurale. Il ne commença à porter un bandage qu'à l'âge de vingt-quatre ans, après avoir éprouvé plusieurs accidents depuis cette époque, c'est-à-dire, pendant quinze ans. Elle sortit souvent et s'étrangla plusieurs fois. Elle fut deux ou trois fois étranglée pendant quatre jours; et il était toujours parvenu à la faire rentrer en gardant le lit, et en prenant des lavements purgatifs. Il n'allait que rarement à la selle, et il était dans cet état, lorsque sa hernie sortit un jour vers midi, sans qu'il eût fait plus d'efforts que de coutume. Il continua à travailler en gardant son bandage, qui pressait les parties déplacées; et comme il éprouvait des nausées, il s'introduisit les doigts dans la bouche pour se faire vomir; mais loin d'en éprouver du soulagement, sa tumeur augmenta de volume. Il essaya vainement de la réduire; la nuit fut mauvaise, il y eut de l'insomnie, des nausées, des vomissements, des hoquets, des rapports amers et inodores; une grande quantité de gaz sortit par la bouche. Il passa la journée au lit dans le même état, prit des lavements, et essayait à chaque instant d'obtenir la réduction de sa tumeur.

Enfin, n'éprouvant aucune amélioration, il vint le lendemain à Paris, dans une charrette, et prit, avant de partir, une chopine de vin vieux, qu'il vomit peu de temps après.

Arrivé à quatre heures du soir, M. Dupuytren le vit à six heures. La tumeur, du volume d'un gros œuf, sphérique, saillante, était située au-dessus du niveau de l'arcade crurale, n'avait pas une grande dureté, et était peu douloureuse.

Le ventre était tendu, très-sensible au toucher; les coliques devenaient fréquentes et intenses; la face paraissait grippée; le pouls fort, tendu, fréquent.

Après avoir fait quelques tentatives de réduction; M. Dupuytren jugeant l'opération inévitable, désira la pratiquer à l'instant; mais le malade s'y opposa avec obstination, parce que sa tumeur était rentrée plusieurs fois, après trois ou quatre jours d'étranglement, quoiqu'il fît observer lui-même que jamais les symptômes n'avaient été si violents. Il pensait que dès qu'il irait à la selle, sa hernie rentrerait, rapportant toute sa douleur au bas-ventre; il ne tenait aucun compte de la tumeur, parce qu'elle n'était presque pas douloureuse. Le motif principal de ses refus était la crainte de la douleur. Rien ne put même l'ébranler. M. Dupuytren feignit d'ordonner sa sortie : tout fut inutile; il eût préféré coucher au milieu de la rue.

Le lendemain, troisième jour de l'étranglement, il se montra d'abord un peu moins opposé à l'opération, parce que la nuit avait été terrible; mais il sentait ses douleurs se dissiper à mesure que le moment approchait, et ce ne fut qu'après vingt alternatives d'irrésolution et de poltronnerie, qu'il se laissa opérer.

Une incision cruciale fut pratiquée à la peau; le tissu lamineux sous-cutané étant incisé, une membrane lisse, épaisse, tendue, fibreuse, fut mise à découvert. Elle contenait un liquide, se dirigeait sous l'arcade crurale; tout portait à croire que c'était le sac herniaire. Une légère ponction donna issue à une cuillerée d'un liquide jaunâtre, transparent. Le sac, qui avait une demi-ligne d'épaisseur, fut fendu crucialement; le doigt, introduit jusqu'au fond de cette poche, reconnut qu'il ne contenait rien, mais qu'au-dessus existait une autre tumeur plus volumineuse, qu'on ne pouvait confondre ni avec l'intestin, ni avec l'épiploon. Cette tumeur offrait inférieurement de la fluctuation; l'on pensa qu'on n'avait ouvert qu'un faux sac, situé entre le fascia-lata, et le repli plus profond que M. Astley

Cooper et M. Lawrence appellent fascia-propria. Le véritable sac, très-épais aussi, fut incisé inférieurement ; il contenait un peu de liquide séreux, sanguinolent, et environ quatre ou cinq pouces d'intestin rouge, foncé, tendu. Le débridement fut fait horizontalement en dedans, suivant la direction de la branche horizontale du pubis. La constriction était si forte, l'intestin si exactement pressé, que ce ne fut qu'après bien des difficultés, que M. Dupuytren parvint à introduire le bistouri boutonné entre l'intestin et le repli décrit par Gimbernat. Le débridement fut étendu aussi loin qu'il pouvait l'être, et cependant M. Dupuytren éprouva plus de difficultés à réduire l'intestin, que dans les autres cas où il avait débridé l'arcade elle-même.

A peine l'opération fut-elle terminée, que tous les accidents de l'étranglement cessèrent; mais le ventre restait douloureux, le pouls fort et fréquent. Une saignée fut pratiquée une heure après l'opération ; on en fit une deuxième au bout de quatre heures.

Le soir, le ventre était moins tendu, mais douloureux; point d'évacuations par le bas. Pendant la nuit, le malade fut tourmenté par des vents qu'il ne rendit qu'avec peine.

Le lendemain, deuxième jour de l'opération, on appliqua vingt sangsues sur le ventre ; elles procurèrent un soulagement marqué. Il y eut une selle dans la journée. Le soir, le malade ne se plaignait plus que de vents. L'on ordonna une purgation composée de sel de Glauber ʒij, manne ℥ij, infusion de camomille ℥vij ; elle produisit quelques coliques et l'évacuation d'une grande quantité de gaz, ce qui soulagea le malade ; il eut aussi une bonne selle.

La nuit, le trouble du ventre cessa, et le malade reposa.

Le troisième jour de l'opération, selle copieuse : on continua les demi-lavements, on permit quelques bouillons. Le soir, le ventre était tendu, ballonné ; la région de l'estomac résonnait comme un tambour. Nouvelle application de vingt sangsues ; point de soulagement, nuit agitée ; colique violente causée par les gaz, qui ne peuvent être rendus ni par le haut ni par le bas.

Le quatrième jour, potion purgative semblable à la première ; mais elle ne produisit pas le même soulagement. Il ne rendit que peu de gaz et n'eut que quelques petites selles liquides. Le soir, même état. Comme le pouls était toujours très-fort, dur et tendu, on appliqua quinze sangsues sur

le bas-ventre. On fit le premier pansement ; il sortit par la plaie une cuillerée de pus verdâtre, épais et fétide, qui paraissait venir de l'abdomen.

A chaque pansement, on en faisait sortir par la pression plus ou moins. Cependant sa quantité diminua ; mais la surface de la plaie était blafarde ; dans la journée, les coliques devinrent atroces ; le malade poussa des cris plaintifs; la respiration paraissait très-laborieuse; le malade pouvait à peine parler ; le ventre était fort distendu ; la peau, jusqu'à cinq ou six pouces de distance autour de la plaie, était rouge et douloureuse. On pratiqua une saignée d'une palette et demie qui ne procura point de soulagement ; la face était grippée ; le malade se retournait dans son lit, et ne pouvait trouver aucune position favorable. Vingt sangsues furent placées à l'anus, une heure après la saignée. Nul soulagement.

A la visite du soir, il était dans le même état ; le pouls offrait toujours le même caractère. Nouvelle saignée du bras ; cette dernière évacuation produisit plus de soulagement que les premières.

Le sixième jour, les symptômes se renouvelèrent avec autant d'intensité que la veille. On ne prescrivit que des boissons émollientes et des cataplasmes sur le bas-ventre.

Le soir, le ventre était encore plus tendu et plus douloureux ; la nuit fut très-mauvaise ; le malade eut plusieurs vomissements de matières verdâtres très-amères, des nausées continuelles accompagnées de bouffées de gaz, qui remontaient à chaque instant de l'estomac dans la bouche ; la face était colorée, mais pas aussi grippée que dans les péritonites ordinaires arrivées au même degré ; le pouls conservait un peu de résistance. Une petite saignée avait été prescrite, mais elle ne fut pas pratiquée.

Le soir, le pouls étant plus faible, le malade paraissant plus abattu, M. Dupuytren ne la jugea plus indiquée. Cependant la journée avait été très-mauvaise ; les vomissements, les nausées et l'éruption de gaz par la bouche avaient continué, et revenaient même à des intervalles plus rapprochés.

Le ventre était distendu, sur-tout dans la région de l'estomac ; car, au-dessous du sternum et d'un hypochondre à l'autre, les téguments du bas-ventre étaient soulevés par l'estomac, et dépassaient le niveau de la base de la poitrine ; les veines sous-cutanées étaient très-développées, se des-

sinaient à travers la peau, et lui donnaient une teinte brune ou bleuâtre; un aspect semblable à celui que présente la peau du bas-ventre, lorsque la décomposition commence.

Depuis trois jours il existait une suspension totale des évacuations par le bas; le malade poussait des gémissements continuels; ses plaintes inarticulées annonçaient le désespoir; la respiration était courte, précipitée, douloureuse. Les bains étaient les seuls moyens qui restassent à tenter. Le malade y fut conduit; il s'y trouva beaucoup mieux; les vomissements cessèrent; les douleurs diminuèrent. Le soulagement ne dura que quelques instants, car à peine était-il rentré dans son lit, que les mêmes symptômes reparurent avec la même intensité. La nuit se passa comme la précédente.

Le huitième jour, même état que la veille. Porté au bain vers dix heures du matin, il y resta une heure; pendant ce temps, il se trouva mieux, mais moins bien que la veille, et ne put y rester plus long-temps. Une heure après il était fatigué, et se trouvait plus mal qu'avant d'y aller; la face en effet était plus altérée. On devait lui donner un demi-bain à une heure; comme il n'était pas encore bien réchauffé, on ne l'y conduisit qu'à quatre heures. Le second bain produisit le même effet que le premier, c'est-à-dire un soulagement momentané, suivi d'une angoisse plus grande. Vers les sept heures du soir, un troisième bain agit à-peu-près de même, si ce n'est que le soulagement se prolongea davantage; il prit dans la journée trois lavements; la nuit se passa comme la précédente.

Cependant, le neuvième jour au matin, la fièvre était diminuée, le pouls plus fort, les vomissements avaient cessé; mais les nausées, les évacuations continuaient; le ventre était dans le même état. Cette légère amélioration donna quelque espoir à M. Dupuytren; car une péritonite aiguë, comme était celle-là dans le principe, quand les symptômes continuent à croître avec autant de violence, se termine ordinairement plus promptement par la mort. L'état du ventre annonçait assez que le développement des gaz et la suspension des matières fécales étaient les accidents principaux. La difficulté de la respiration tenait sans doute à la même cause. Enfin, la face avait quelque chose de calme et de rassurant, qu'elle n'a jamais dans les péritonites arrivées à ce point. Le pouls n'était pas non plus celui des péritonites. Dans l'espoir de déterminer des évacuations qui pouvaient seules sauver le malade, on prescrivit une potion

laxative, à prendre par cuillerée, d'heure en heure. Elle passa très-bien sans exciter même de nausées, et produisit trois selles, dont la dernière était très-copieuse; il rendit beaucoup de vents.

A la visite du soir il se trouvait bien, et avait dormi d'un bon sommeil pendant deux heures, ce qui ne lui était pas arrivé depuis cinq jours, c'est-à-dire du moment que les selles avaient été supprimées. Le ventre était moins tendu, la respiration plus facile, la parole plus libre, la voix plus forte. (Même traitement.)

Pendant la nuit il eut encore deux bonnes selles; tout-à-coup il fut pris de délire: il se leva et courut dans la salle.

Le dixième jour au matin il était plus mal que jamais; il n'avait aucun souvenir de ce qui s'était passé; la face était très-colorée, le pouls large et plein, la respiration haute, entrecoupée, précipitée. Le malade ne prononçait qu'avec peine quelques monosyllabes qui peignaient les angoisses de son désespoir, et cependant le ventre était moins tendu.

D'après l'état du pouls et la coloration de la face, on ne pouvait pas regarder le délire comme produit par la faiblesse. On pratiqua une saignée d'une palette environ. Les vomissements qui avaient cessé pendant deux jours, reparurent le soir.

La face se décomposa, la respiration devint de plus en plus difficile et précipitée; les bronches et la trachée s'engorgèrent de mucosités que le malade ne pouvait expectorer. Le pouls devint petit, filiforme, et si fréquent qu'on ne put le compter. On appliqua deux larges sinapismes aux jambes; mais bientôt la respiration devint stertoreuse et convulsive, et la mort arriva à huit heures du soir, dix jours après l'opération.

Examen du cadavre. — La cavité du péritoine ne contenait pas d'épanchement proprement dit; mais cette membrane était tapissée dans toute son étendue par de fausses membranes épaisses, couenneuses, très-adhérentes, résistantes, et jouissant d'un certain degré d'élasticité. Ces fausses membranes avaient réuni les intestins entre eux et aux parties avec lesquelles ils étaient en contact, avec tant de force, que dans beaucoup de points on arrachait le péritoine, on le déchirait dans une grande étendue, plutôt que de détruire l'adhérence. Ainsi, tous les organes contenus dans la cavité abdominale ne formaient qu'une seule masse, les interstices ayant été remplis par cette substance concrète qui les tenait intimement unis. Seulement, dans la cavité du petit bassin et dans les interstices de quelques

intestins, on rencontrait çà et là de la sérosité purulente, en petite quantité, circonscrite par des adhérences solides.

Les intestins grêles étaient énormément distendus par des gaz; quelques-uns avaient le volume d'un estomac ordinaire : ils contenaient très-peu de matières fécales liquides. Les gros intestins étaient vides, à l'exception de l'arc du colon, aussi très-développé par des gaz.

Il résultait de cette adhérence et de cette distension que les intestins, dans leurs courbures, formaient des replis, des angles très-aigus qui déterminaient à l'intérieur des saillies capables d'oblitérer presque entièrement la cavité intestinale; mais celui qui présentait cette disposition d'une manière plus marquée, était l'iléon, placé derrière l'arcade crurale du côté droit; il plongeait jusqu'au fond du bassin, se relevait ensuite pour revenir dans la fosse iliaque, en formant des plicatures très-serrées, parallèles, très-fortement adhérentes de telle sorte que dans un espace large comme la main, on déploya environ deux pieds d'intestins. L'iléon était d'une couleur violette, qui devenait ensuite rouge, puis rose, et se perdait insensiblement sans présenter de limites tranchées. Vers le centre, le violet devenait d'une teinte plus foncée, noir d'ardoise. Là se trouvaient circulairement des lignes blanchâtres ou des plaques circulaires, espèces d'escarres superficielles qui n'allaient pas au delà du péritoine, et qui annonçaient que c'était sur ce point qu'avait porté l'étranglement. Ainsi la portion étranglée était restée derrière l'arcade, et dans les rapports qu'elle avait, immédiatement après la réduction; ce qui fit penser que des adhérences existaient déjà au moment de l'opération. L'époque de l'étranglement et l'état du bas-ventre, donnaient encore de la force à cette présomption. Les membranes de cet intestin avaient le double d'épaisseur des autres; leur consistance était si grande, qu'elles ne s'affaissaient pas après avoir été coupées. La membrane muqueuse avait le même aspect que la membrane séreuse, dans une étendue égale; mais l'épaississement des intestins s'étendait beaucoup plus loin.

Les ganglions lymphatiques de l'aine étaient presque tous en suppuration; le sac herniaire, aplati, avait dans tous ses sens un diamètre de deux pouces, et presque par-tout une épaisseur de cinq à six lignes; il était dur et fibreux, en contact immédiat avec les vaisseaux cruraux, situé entre les deux replis de l'aponeurose crurale; c'était donc le long des vaisseaux

21

cruraux, dans l'espèce d'entonnoir fibreux qui les enveloppe à leur sortie du bassin, ainsi que les principaux troncs lymphatiques, que la hernie avait commencé. Ce sac pouvait à peine contenir le doigt indicateur, et diminuait d'épaisseur au point de n'avoir qu'une ligne immédiatement au-dessous de l'arcade; il devenait plus épais dans l intérieur du bas-ventre; la partie supérieure du sac qui se continuait avec le péritoine qui tapisse les muscles de l'abdomen, avait moitié moins d'épaisseur que celle qui reposait sur le pubis, et se continuait avec celui de la fosse iliaque et du bassin. Avant d'enlever le péritoine, on examina l'ouverture du collet du sac, qui vue du côté du bas-ventre, parut oblongue, transversale, ridée; le péritoine était en outre coupé de dedans en dehors, et un peu de bas en haut, depuis la partie interne du collet du sac jusqu'à l'union de l'arcade crurale au pubis, c'est-à-dire dans l'étendue d'environ sept lignes. Le collet du sac n'avait pas été divisé dans toute son épaisseur, et conservait encore une grande résistance dans l'endroit où il était entamé. Il paraît que le bistouri boutonné avait été porté un peu de dehors en dedans, c'est-à-dire que le bouton s'avançait vers la symphise du pubis, et que la section faite en retirant l'instrument avait eu lieu plutôt d'arrière en avant que de dehors en dedans; alors le ligament de Gimbernat avait été coupé, ensuite une partie du col, mais la mobilité du sac avait empêché le reste d'être divisé. C'est probablement à cette cause, et peut-être aussi aux adhérences, qu'il faut attribuer la difficulté de la réduction, car le ligament avait été coupé dans toute sa longueur. Au reste, c'est de cette manière que Gimbernat lui-même agissait pour débrider. La plèvre du côté gauche offrait des traces non équivoques d'une inflammation violente par des fausses membranes très-épaisses; elle contenait plus d'une pinte de sérosité sanguinolente et purulente; le poumon était sain.

La plèvre droite n'offrit que des adhérences anciennes et celluleuses. Le péricarde renfermait une demi-pinte de sérosité sanguinolente d'un rouge intense, dans laquelle nageaient des flocons albumineux; d'autres flocons étaient rassemblés à la base du cœur, autour des gros vaisseaux.

L'arachnoïde offrait sur chacun des lobules antérieurs du cerveau, des plaques d'un rouge très-foncé, larges comme la main; d'autres moins étendues existaient dans différents points. Sous la méningine qui tapisse la face inférieure du cervelet, on trouva trois ou quatre cuillerées de sérosité, sortant du ventricule du cervelet. La surface des ventricules latéraux était

injectée d'un grand nombre de vaisseaux qui soulevaient le feuillet interne de la méningine ; les plexus choroïdes étaient gorgés de sang ; les corps striés étaient d'un beau rose.

De l'opération de la hernie fémorale.

Lorsque les accidents de l'étranglement se manifestent , et que le taxis et les moyens généraux ont été employés sans qu'on ait pu obtenir la réduction , il faut , sans plus tarder , se disposer à faire la herniotomie. Cette opération , exécutée par une main exercée , ne peut avoir aucune mauvaise suite , tandis qu'en temporisant, on laisse les accidents s'accroître , et la gangrène peut survenir quelquefois dans un temps très-court. L'intensité des accidents n'est souvent qu'un mauvais moyen d'apprécier l'état des parties et l'urgence de l'opération. Souvent avec des symptômes peu développés , l'inflammation et la gangrène surviennent rapidement , tandis que dans d'autres circonstances , de nombreux accidents existent sans qu'il y ait d'altération dans les parties comprises dans la tumeur herniaire.

Il n'en est pas de l'opération de la hernie comme de beaucoup d'autres qui présentent des chances d'insuccès inhérentes à l'opération elle-même. On peut établir en thèse générale que la herniotomie ne présente qu'un petit nombre de circonstances qui peuvent en rendre l'exécution difficile et dangereuse. Je ne prétends point affirmer, par cette proposition, que cette opération est absolument sans danger ; mais je veux exprimer que ses dangers tiennent plus aux accidents de la hernie elle-même, aux délais qu'on a apportés avant d'opérer, qu'au manuel opératoire. En différant d'opérer, on a pu , dans quelques cas , se dispenser d'en venir à un moyen extrême ; mais le plus souvent, en temporisant, l'on perd un temps précieux, les circonstances s'aggravent , et les chances favorables diminuent d'heure en heure.

M. Astley Cooper dit que s'il blâme le délai qu'on apporte à opérer dans la hernie sus-pubienne , il le condamne bien plus encore dans la hernie fémorale ; car la gangrène arrive plus promptement dans cette dernière que dans l'autre. Il a vu deux fois pratiquer l'opération , seulement quarante heures après la manifestation des symptômes d'étranglement , et les parties étaient altérées au point de ne pouvoir être réduites dans la cavité abdominale. Cette marche rapide vers la gangrène , dépend , suivant M. A.

Cooper, du petit volume de la hernie et de l'étroitesse de l'ouverture à travers laquelle l'intestin est sorti, parce qu'un très-haut degré de compression est exercé sur cet organe. Il ajoute cependant que, d'un autre côté, il a vu faire l'opération avec succès huit jours après la manifestation des symptômes d'étranglement; mais qu'alors la hernie était volumineuse, une grande quantité d'épiploon enveloppait l'intestin, formait une sorte de coussin autour de lui, et diminuait ainsi la force de la compression.

On dit généralement que les symptômes qui doivent guider le chirurgien pour le décider à l'opération, dépendent de l'intensité de l'inflammation de la partie de l'intestin contenue dans le sac, et de la propagation de la phlegmasie dans la cavité abdominale. C'est en raison de la violence des accidents, et après que tous les moyens convenables ont été mis en usage, que l'on doit en venir à l'opération. M. Cooper considère la douleur en pressant le ventre, et la tension de cette partie, comme des signes qui indiquent que l'on doit agir sans délai. Suivant cet auteur, il n'y a peut-être pas une seule époque des symptômes qui puisse détourner de l'opération; car lors même que la gangrène aurait commencé, la herniotomie peut devenir le seul moyen de sauver le malade, en facilitant la séparation des parties gangrenées, et en ouvrant une issue aux matières fécales. Ce que nous avançons est si vrai, que dans beaucoup de cas de hernie avec gangrène, si l'on se contente d'inciser la tumeur sans faire de débridement, les accidents persévèrent, et la mort en est la fin. Louis et quelques chirurgiens anglais, qui ont écrit récemment sur les hernies, sont d'un avis contraire; mais l'observation et l'expérience démontrent qu'ils sont dans l'erreur.

Cependant, je n'ignore pas qu'il existe plusieurs exemples de guérison spontanée de hernies étranglées, dont la gangrène s'était emparée. Alors une ouverture se formait spontanément, une fistule stercorale était produite et donnait issue à une suffisante quantité de matières pour soulager le malade; plus tard, cette fistule se changeait en anus contre nature, ou finissait par s'oblitérer. Quoique ces faits soient rapportés par des autorités respectables, je ne pense pas qu'on puisse compter sur de pareils bienfaits de la nature, qui ne sont jamais que des exceptions à la règle générale.

En opérant, lors même qu'il y a gangrène, on s'oppose à ce que la

crevasse de l'intestin se fasse derrière l'étranglement, et que l'épanchement n'arrive au delà des adhérences dans la cavité abdominale.

Chez les jeunes sujets qui ont de l'embonpoint et qui souffrent beaucoup, on ne doit point différer l'opération au delà de six à huit heures (1), sur-tout si la tumeur a été maniée, froissée pour en obtenir la réduction, et si l'on n'a fait aucune saignée.

Si aucun froissement n'a été produit, si on a fait pratiquer plusieurs saignées, alors on peut différer l'opération de seize ou vingt-quatre heures : mais il faut toujours être en observation pour la pratiquer, dès que le ventre devient sensible au toucher, ou qu'il se gonfle beaucoup. Pour les sujets âgés et débilités, on peut différer un peu plus, et j'ai rapporté des observations où le malade n'avait réclamé les secours de l'art, ou n'avait voulu consentir à l'opération, que le neuvième, dixième, douzième ou quinzième jour de l'étranglement. Leblanc, dans un cas très-équivoque, opéra le dixième jour. La hernie était peu volumineuse, et le sujet, une femme de vingt-quatre ans (2).

M. Charles Bell dit que, lorsque les symptômes annoncent que le canal est obstrué, et qu'on sent une petite tumeur herniaire provenant de dessous le ligament de Poupart, si l'on ne peut pas réduire cette tumeur par le taxis, aidé par les saignées, les lavements purgatifs ou des bains tièdes, il n'y a pas un instant à perdre pour faire l'opération. M. A. Cooper assure que s'il était atteint d'une hernie fémorale étranglée, il essaierait seulement l'effet d'un lavement de tabac ; et que s'il ne réussissait pas, il se ferait faire l'opération dans les douze heures. Si par étranglement l'on doit entendre le resserrement qui prive l'intestin de la circulation du sang, M. Charles Bell prétend que douze heures forment un délai beaucoup trop long. L'expression de douze heures semblerait cependant être précise ; mais de quel instant doit-on compter les heures? Est-ce de l'apparition de la hernie, de sa non réduction, ou de l'instant de la dernière évacuation? est-ce enfin du commencement de la douleur ou du malaise (3)?

(1) A Commentary on the treatment of ruptures, particulary in the state of strangulation : by Edward Geoghegan, London, 1810.

(2) Opérat. de chirurgie, pag. 74.

(3) Part. II of surgical Observations.

L'opération de la hernie étant arrêtée, le malade, situé convenablement, et les incisions extérieures pratiquées, on peut lever l'étranglement par deux moyens différents ; la dilatation ou le débridement. La dilatation a été d'abord proposée par Thévenin, qui se servait d'un petit dilatatoire à deux branches (1) ; elle fut, beaucoup plus tard, préconisée par Arnaud et Leblanc, qui la présentèrent comme une méthode certaine pour éviter le danger qu'ils croyaient exister dans la section du bord inférieur du muscle costo-abdominal.

Le crochet d'Arnaud, le dilatatoire de Leblanc, et tous les autres moyens dilatatoires analogues, sont-ils applicables pour lever l'étranglement dans le cas de hernie fémorale ? Si l'obstacle était formé par le bord inférieur du muscle costo-abdominal, l'incision du fascia-superficialis et du fascia-lata produirait déjà un relâchement qui, s'il n'était pas toujours suffisant pour permettre la réduction, le serait assez pour qu'on glissât sous le bord inférieur du muscle costo-abdominal le crochet d'Arnaud. Mais ici le dilatatoire n'est pas admissible, parce que cet instrument étant formé de deux branches qui s'écartent l'une de l'autre, il agit des deux côtés, et si l'une de ces branches est dirigé contre l'obstacle, l'autre vient porter sur les vaisseaux fémoraux ou sur les parties déplacées, et peut produire une lésion.

Si l'étranglement existe à l'orifice antérieur vers le repli falciforme du canal crural, il sera bien plus simple et bien plus facile de l'ouvrir, de l'agrandir avec un bistouri, que de chercher à le dilater.

Si l'étranglement est à l'orifice postérieur du conduit crural, l'instrument devant agir en dedans sur la partie aponeurotique du muscle lombo-abdominal, qu'on appelle ligament de Gimbernat, vient par son autre branche froisser, contondre et déchirer les vaisseaux fémoraux au moment où ils pénètrent dans l'ouverture postérieure du canal crural. Ainsi, dans toute supposition, l'instrument de Leblanc ne peut pas convenir dans la hernie fémorale; son emploi ne peut avoir quelque avantage que dans la hernie sus-pubienne, encore son utilité nous paraît-elle douteuse.

Une autre circonstance défavorable à l'emploi du dilatatoire, c'est l'adhérence des parties formant hernie, à toute la circonférence du col du sac ; comment alors introduira-t-on l'instrument ? Arnaud a vu un cas

(1) Œuvres de Thévenin, pag. 59, Paris, 1669.

de cette nature, et l'étranglement était formé par le col du sac herniaire. La dilatation de l'anneau crural n'eût rien produit en pareille occurrence ; Arnaud prit une détermination hardie ; il ouvrit l'intestin et fit le débridement en coupant d'un seul trait l'intestin, le sac herniaire et l'anneau. Aussitôt les matières fécales sortirent, et les accidents de l'étranglement cessèrent.

Cette dilatation par le crochet d'Arnaud ou l'instrument de Leblanc, doit être considérée comme inutile lorsque l'étranglement existe à l'orifice antérieur du canal ; comme insuffisante, si l'étranglement est produit par le ligament de Gimbernat, et comme dangereuse, parce qu'elle froisse ou les vaisseaux fémoraux, ou les parties contenues dans le sac herniaire. Cependant cette méthode a été préconisée par Arnaud, Leblanc, Lecat, et chacun d'eux a proposé un instrument de sa façon, pour produire la dilatation. Enfin, Maret, Hoin, Lafaye, Richter et Scarpa, en ont fait l'éloge, et en ont été les ardents défenseurs.

Le second moyen de détruire l'étranglement est l'opération proprement dite, ou herniotomie.

Cette opération peut être faite, 1° sur la tumeur herniaire, au centre même de cette tumeur, en suivant l'un de ses diamètres ;

2° A la hauteur de l'ouverture par laquelle les parties se sont échappées;

3° Dans un point de l'abdomen, pour aller débrider de dedans en dehors.

Dans la première manière d'agir, en opérant sur la tumeur et l'incisant dans toute l'étendue de l'un ou de plusieurs de ses diamètres, après avoir recouvert les parties formant la hernie, et être parvenu jusqu'à elles, on doit débrider. Pour exécuter cette partie de l'opération, les chirurgiens les plus célèbres ont des procédés différents, et ils agissent dans des directions quelquefois entièrement opposées.

Si l'étranglement est à l'orifice antérieur du canal crural, on a conseillé d'inciser directement en haut, en dedans ou en dehors; on a aussi conseillé de débrider en haut et en dedans, ou en haut et en dehors.

Lorsque l'étranglement est à l'orifice postérieur, on a conseillé de faire la division en dedans, parallèlement à la branche horizontale de l'os pubis.

Ces divers modes de débrider ont souvent été employés, sans qu'on ait cherché à s'assurer du point réel où existait l'étranglement.

La situation à donner au malade pour faire convenablement l'opération

de la hernie crurale, est très-différente, suivant beaucoup de praticiens. C'est ainsi que Franco (1), Sharp (2), Ledran (3), Bertrandi (4), Bell (5), Louis (6), Lassus (7), Sabatier (8), plaçaient leur malade dans des situations très-variées; mais la meilleure qu'on puisse choisir et pour le malade et pour le chirurgien, est celle qui est recommandée par M. le professeur Marjolin, et qui se trouve décrite dans sa Dissertation (9). « Le malade pourra être opéré commodément dans son lit, pourvu que le lit soit sans roulettes, ou qu'on puisse le fixer à demeure; que le bois en soit peu large, et que les matelas soient élevés à une hauteur telle, que le chirurgien ne soit pas obligé, en opérant, de se courber trop fortement en avant. Si les matelas, trop mous, s'affaissent sous le poids du corps du malade, on glissera entre les deux supérieurs, une planche ou une table, pour remédier à cet inconvénient; il ne sera pas inutile de donner à cette table une direction oblique, de haut en bas, du pied vers le chevet. Le lit sera dirigé vers une croisée, de telle manière que l'on pourra facilement tourner autour, et que la lumière y arrivera des pieds vers la tête; une alèze, pliée en plusieurs doubles, sera passée sous le bassin et sous la partie supérieure des cuisses, par-dessus un ou plusieurs oreillers; la tête du malade sera maintenue légèrement fléchie sur la poitrine, suivant le conseil de Winslow; ses cuisses et ses jambes seront également fléchies et maintenues par des aides, et le chirurgien se placera de manière que la main dont il se sert avec le plus de dextérité corresponde aux pieds du malade.»

L'incision de la peau sur la tumeur doit être faite de la manière suivante, et en deux sens opposés : c'est ainsi qu'opère M. le professeur Dupuytren, et il n'a jamais besoin de faire d'autres incisions lorsqu'il a mis à nu la tumeur, en faisant sur elle une incision cruciale

(1) Traité des hernies, contenant une ample déclaration de toutes leurs espèces, et autres excellentes parties de la chirurgie, etc., pag. 31, Lyon, 1561.

(2) Traité des opérations de chir., pag. 105.

(3) Opér. de chir., pag. 216.

(4) Des opér. de chir., pag. 31.

(5) Cours complet de chir., t. I, pag. 173.

(6) Mém. de l'acad. royale de ch., t. IV, pag. 284.

(7) Méd. opérat., t. I, pag. 148.

(8) Méd. opérat., t. II, pag. 342.

(9) De l'opération de la hernie inguinale étranglée, etc., par J. N. Marjolin, pag. 35, Paris, 1812.

ou une incision en T. Un pli fait à la peau et parallèlement au bord inférieur du muscle costo-abdominal, l'opérateur tient une extrémité de ce pli avec la main gauche, et il incise dessus en dirigeant l'incision parallèlement aux vaisseaux fémoraux, quelle que soit la direction de la tumeur. Cette incision commence à l'arcade crurale ou à un pouce ou un pouce et demi plus haut; chaque lèvre de la plaie est divisée séparément de manière à rendre l'incision cruciale, et les lambeaux sont disséqués.

Platner (1) voulait qu'on fît en travers l'incision de la peau; mais en procédant ainsi, on ne découvre point assez la tumeur, et l'on s'expose à blesser la veine tibio-malléolaire (2). Il est bien mieux, suivant Rougemont (3), que l'incision corresponde à la direction de la tumeur, de haut en bas. Il faut la commencer, suivant B. Bell, un pouce au-dessus de l'extrémité supérieure de la tumeur, et la terminer à la même distance au-dessous.

M. Lawrence (4) recommande de commencer l'incision un peu au-dessus de l'anneau crural, et de la conduire en bas et en dehors pour avoir plus de facilité à exécuter les autres temps de l'opération. Cette direction donnée à l'incision est dans un sens contraire à celle que beaucoup d'opérateurs prescrivent de faire.

M. A. Cooper veut que l'incision ait la forme d'un T renversé, afin d'obtenir aussi plus de facilité pour terminer l'opération. Suivant ce chirurgien célèbre, la ligne transversale doit correspondre au milieu de la tumeur (5).

De très-grandes précautions doivent être prises pour arriver jusqu'au sac et pour en faire l'ouverture. Quelquefois il est presque sous-cutané; d'autres fois il est séparé de la peau par plusieurs couches membraneuses, et par beaucoup de ganglions lymphatiques. Callisen, dans une opération de hernie crurale, incisa douze lames celluleuses denses avant de parvenir jusqu'au sac (6). Rougemont cite plusieurs faits semblables (7).

(1) Institut chirurg., § 849.
(2) Richter, Traité des hernies, t. II, pag. 155.
(3) Itid., t. II.
(4) Loc. citat., pag. 426.
(5) Part. II, pag. 15.
(6) Acta societatis med. hauniensis, t. I, pag. 164.
(7) T. II, pag. 155 de la trad. du Traité de Richter, sur les hernies.

Au-dessous des téguments, on trouve du tissu lamineux plus ou moins serré, parsemé de ganglions lymphatiques ; ce tissu est assez lâche, lorsque le brayer n'a pas été appliqué long-temps sur la tumeur, mais il se condense sous la pression de la pelote. Plus profondément, on arrive sur le fascia-superficialis qui recouvre l'anneau sus-pubien et l'anneau crural, et qui chez l'homme se prolonge sur le crémaster et l'accompagne jusque dans le scrotum. Au-dessous du fascia-superficialis, on aperçoit des ganglions lymphatiques, puis des feuillets formés par du tissu lamineux et des faisceaux de fibres albuginées ; ces lames membraneuses ont été désignées par quelques modernes sous le nom de *fascia-propria*, de *fascia-perforata*, et entre ces diverses couches existent des ganglions lymphatiques. Enfin on découvre le tissu lamineux sous-péritonéal, et on arrive au sac lui-même : quelquefois, avant le sac, on rencontre des kystes séreux qui peuvent faire croire que l'on est parvenu au sac herniaire. Il n'est pas rare non plus de trouver au-dessous du fascia-superficialis un paquet de tissu adipeux de forme ovalaire, qu'on peut séparer des parties voisines, et qui présente quelque ressemblance avec une portion d'épiploon.

On distingue enfin le sac herniaire, dont l'épaisseur, le plus souvent, n'excède pas celle du péritoine sain, lors même que la hernie est ancienne et volumineuse, ainsi que Hoin et Leblanc en rapportent des exemples (1) : ce sac s'épaissit par l'inflammation et par les adhérences. Les enveloppes des hernies fémorales ne sont pas en général aussi épaisses que celles de la hernie sus-pubienne ; c'est pourquoi il importe de disséquer ces parties avec prudence et circonspection ; car il y aurait du danger à suivre le précepte donné par Louis, d'opérer les hernies crurales en deux temps, ou deux coups de bistouri

Stoll a trouvé un sac herniaire qui avait huit lignes d'épaisseur (2), et nous avons donné plusieurs observations d'un épaississement semblable du sac herniaire.

La sérosité contenue dans le sac des hernies fémorales, est toujours moins abondante que dans les hernies sus-pubiennes ; cette circonstance rend l'ouverture du sac dans la mérocèle d'une grande difficulté ; c'est avec le débridement, ce qu'il y a de plus difficile à exécuter dans l'opération. Si

(1) Leblanc, Opérat. de chir., t. II, pag. 54.
(2) Rat. medendi, p. 7, pag. 273.

la tumeur est sèche, et que le sac soit appliqué sur les parties contenues, la difficulté augmente encore, et l'on doit craindre de blesser les viscères en incisant le sac. En l'ouvrant à la partie la plus déclive de la tumeur, on est moins exposé que dans tout autre point à léser l'intestin ou l'épiploon, parce que la sérosité occupe toujours cette partie de la poche, pour peu qu'il y en ait; en outre, l'on risque beaucoup moins de rencontrer l'intestin dans cette région inférieure du sac. Une manière plus sûre encore d'éviter la lésion des viscères constituant la hernie, est d'inciser le sac sur le point où la tumeur présente des bosselures; et ce conseil a été donné par M. le professeur Marjolin (1).

On peut encore ouvrir le sac en pinçant délicatement les parties entre le pouce et l'index de la main gauche, et en les faisant glisser entre ces deux doigts; on porte ensuite la lame du bistouri à plat, et l'on incise ce pli en dédolant, en promenant, à plusieurs reprises différentes, l'instrument sur le même point de l'enveloppe herniaire, jusqu'à ce qu'on soit parvenu à produire une ouverture suffisante pour introduire une sonde cannelée.

Arnaud recommande de fendre le sac dans toute la longueur de son col, parce qu'il est très-souvent lui-même l'agent immédiat de l'étranglement de l'intestin (2). Suivant cet auteur, si l'on ne fendait pas le col du sac, et que l'on passât le crochet entre lui et l'intestin, le sac étant soulevé avec le ligament, serrerait l'intestin sur les côtés, et augmenterait l'étranglement (3). Arnaud veut qu'on divise le col du sac en haut et en dedans, pour éviter l'artère sus-pubienne (4).

En traitant de la hernie sus-pubienne, Ledran donne pour précepte de ne pas élargir l'anneau sans nécessité bien reconnue; il dit qu'on doit, avant de débrider, essayer de produire la réduction. C'est pour obtenir ce résultat que Ledran attirait au dehors un peu plus d'intestins qu'il ne s'en trouvait dans le sac herniaire, puis il le comprimait doucement pour étendre les matières, et il essayait de réduire. Bell et Pott ont fait l'application de ce précepte à la cure de la hernie fémorale. Gunz (5) assure

(1) Dissert. sur l'opérat. de la hernie inguinale étranglée, pag. 11, Paris, 1812.

(2) Hernie crurale, pag. 771.

(3) *Ibid.*, pag. 771.

(4) Pag. 773.

(5) Observationum anatomico-chirurgicarum de herniis Libellus, pag. 74, cap. XVII, Lipsiæ, 1744.

qu'assez souvent il n'est pas nécessaire de pratiquer de débridement, parce que très-communément la mérocèle présente une tumeur très-petite, soit qu'elle contienne de l'épiploon, soit qu'elle renferme une anse intestinale, et les parties peuvent se réduire lorsque les fibres du fascia-superficiel ont été coupées, ou lorsque le sac est ouvert. Bertrandi (1) et Richter (2) savaient qu'il suffit quelquefois, pour réduire les parties, de couper en travers les fibres du fascia-lata qui se rendent au ligament de Poupart. Ce n'est pas la section du prolongement du fascia-lata qui s'insère au bord inférieur du muscle costo-abdominal, qui amène le relâchement des parties et la cessation des accidents, mais la division de la partie supérieure du processus-falciformis qui passe sous l'arcade crurale, pour aller se terminer à l'aponeurose du muscle lombo-abdominal, dans le point où elle forme le ligament de Gimbernat. Dans l'incision en haut, directement, et mieux, dans le débridement en haut et en dehors, on incise le prolongement du fascia de la cuisse, et l'on opère une détente comme si l'on agissait sur le ligament de Gimbernat. Un examen attentif m'a fait reconnaître que cette partie du fascia-lata concourait à former ce ligament de Gimbernat, et qu'en le divisant, on produisait un relâchement aussi grand de l'orifice postérieur du conduit crural, que si l'on débridait sur le ligament de Gimbernat proprement dit. Par ce mode de débridement, on ne peut pas craindre de blesser le cordon testiculaire, ou celui qui vient de l'utérus et sort par l'anneau sus-pubien, parce qu'on est loin de ces parties, et que le débridement peut être opéré sans qu'on arrive jusqu'à l'arcade crurale, ou bord inférieur du muscle costo-abdominal proprement dit.

En admettant même que ce bord aponeurotique fut divisé, l'artère et la veine testiculaires et le canal se trouveraient encore à plusieurs lignes du tranchant du bistouri; et si des adhérences anciennes, ou une inflammation récente et vive, n'ont pas condensé le tissu lamineux qui unit le cordon testiculaire à l'aponeurose du muscle costo-abdominal, ces vaisseaux, peu résistants et mobiles, fuient sous la pression d'un instrument qui se présente presque parallèlement à leur direction, tandis que le tissu aponeurotique, ferme et tendu, est seul entamé par le bistouri. Le

(1) Opérat. de chir., pag. 43.

(2) Tom. II, pag. 157.

conseil de MM. Dupuytren (1) et Richerand (2), de débrider en haut et en dehors, est donc fondé sur des connaissances exactes et rigoureuses ; et l'expérience vient chaque jour démontrer et confirmer les avantages de cette pratique.

Suivant Bichat, le débridement suppose deux choses : 1° le lieu où l'on doit le faire ; 2° la manière de le pratiquer. Ce débridement doit être pratiqué dans l'endroit le plus convenable pour faire cesser l'étranglement, en s'éloignant des vaisseaux situés au voisinage de la hernie. M. Monro dit avec beaucoup de justesse, que dans plusieurs cas de hernie crurale, l'étranglement est si complet, que le chirurgien éprouve de grandes difficultés à introduire non-seulement le bout de son doigt, mais l'extrémité d'une sonde cannelée ; alors il se trouve dans la nécessité de faire le débridement dans le sens où se présente la résistance, et où il y a place suffisante. Percival Pott ne sait quel parti prendre, pour pratiquer ce débridement : de tous côtés il voit un écueil et des dangers à redouter. Il dit que si l'on incise directement en haut, le cordon testiculaire sera blessé, et que si, pour éviter ce danger, l'on dirige l'instrument très-obliquement en-dehors, l'artère sus-pubienne sera endommagée ; enfin, si le débridement est peu étendu, on risque toujours, quelle que soit sa direction, de faire injure à des parties qu'il est important de respecter. Il ne reste donc pour toute ressource au chirurgien, lorsque le débridement est indispensable, que de le faire aussi petit que possible, et de tenir le doigt index derrière l'aponeurose pour protéger les vaisseaux (3) ; mais si le doigt peut être introduit de la sorte, il est évident que l'incision très-bornée qu'on veut exécuter, ne devient d'aucun avantage.

Arnaud et Scarpa ont certainement exagéré les dangers du débridement dans la mérocèle. Ce dernier a les mêmes craintes que P. Pott ; quelle que soit la direction imprimée à l'instrument, il ne voit point où le débridement pourra ne pas offrir quelque danger, si ce n'est vers le pubis, tout-à-fait en dedans. Ce mode de débridement recommandé par Scarpa,

(1) Leçons de médecine opératoire à la faculté de médecine de Paris, et Leçons de clinique à l'Hôtel-Dieu.

(2) Nosographie chirurgicale, 4e édition, t. III, pag. 419, et Leçons de médecine opératoire à la faculté de médecine de Paris.

(3) Percival Pott, Œuvres chirurgicales, t. I, pag. 393.

a peut-être, plus qu'on ne le croit, de la ressemblance avec la manière d'inciser proposée par MM. Hey et Gimbernat.

§ I. *Incision directement en haut.* — Le débridement directement en haut n'a jamais été proposé comme méthode particulière; il a été pratiqué chez la femme; mais chez l'homme, depuis Arnaud sur-tout, on l'a toujours considéré comme dangereux. Nous pensons en effet que, dans ce mode de débridement, on peut intéresser les vaisseaux testiculaires ou le canal déférent, parce que l'instrument arrive directement sur ces vaisseaux; cependant, si l'incision n'est que de deux ou trois lignes, il est possible qu'il n'y ait que la partie supérieure du processus falciformis d'intéressée, ou les premières fibres du bord inférieur du muscle costo-abdominal; et alors le cordon testiculaire se trouve encore au-dessus de l'incision. On pourrait considérer comme un débridement directement en haut le procédé recommandé par Scarpa, lorsqu'il dit de faire sur plusieurs points du ligament de Fallope, des incisures de très-peu d'étendue. Ce mode d'opérer est tout-à-fait défectueux; car, pour faire convenablement les petites incisions, il faudrait séparer l'arcade crurale de ses attaches à l'aponeurose de la cuisse; et, si les incisions doivent produire le relâchement, il suffit d'avoir interrompu la continuité de l'aponeurose dans un point, pour que la tension de ce cordon fibreux vienne à cesser dans toute sa longueur.

§ II. *Incision en dedans.* — Mauchart a recommandé de porter le bistouri vers le pubis, et de faire l'incision dans cette direction. En opérant ainsi, il avait particulièrement en vue de s'éloigner de l'artère sus-pubienne (1).

Richter veut aussi qu'on débride en dedans, et Scarpa partage son sentiment. Doit-on confondre leur manière d'opérer avec la méthode proposée par MM. Hey et Gimbernat? Scarpa veut qu'on fasse l'incision à la partie interne du ligament de Fallope, tout près de son insertion à l'éminence du pubis; mais il ne faut pas prolonger l'incision au delà de quelques lignes, car alors il serait encore possible de blesser le cordon testiculaire. Il croit que dans la hernie fémorale, chez l'homme, on ne peut pas

(1) Illum tamen arcum tendineum si oportuisset dissecari, incisio magis versus pubem quàm os ilei dirigenda fuisset, ob metum ibi discindendi arteriæ epigastricæ truncum. Tubingæ, anno 1748. Vid. Disputat. chirurg. select. colleg., edid., præfat. est Alb. Haller, t. I, pag. 154; N. R., Lausannæ, 1775; 1. LXVI, Dissert. chirurg. de epiplo-enterocele crurali incarceratâ sphacelatâ, etc.

porter le débridement au delà de deux lignes d'étendue, sans exposer le malade à une hémorrhagie très-grave. Le sac herniaire étant incisé, il conseille d'introduire une sonde dans l'abdomen, pour reconnaître la direction dans laquelle les viscères auraient le plus de facilité à rentrer.

Tout ce que dit Scarpa sur le mode de débridement dans la hernie crurale, chez l'homme, ne doit pas être regardé comme des préceptes déduits d'une longue expérience; toutes les raisons qu'il allègue en faveur de son opinion, sont moins la conséquence de son observation, que le résultat de méditations dans le cabinet. Une objection qu'on peut faire à ce savant et célèbre chirurgien, c'est que l'obstacle à la réduction ne se trouve pas précisément au bord inférieur du muscle costo-abdominal, mais bien à l'orifice antérieur ou postérieur du canal crural, dans ce canal lui-même, ou enfin au col du sac; et si l'incision du ligament de Fallope permet la réduction et fait cesser l'étranglement, c'est que dans le débridement sur ce prétendu ligament, on coupe une partie du prolongement falciforme, on agrandit l'orifice antérieur du canal, et on relâche son orifice postérieur; ou enfin, lorsque le débridement est opéré en dedans, c'est-à-dire vers le pubis, d'après la recommandation de Scarpa; on divise non-seulement l'aponeurose du muscle costo-abdominal, mais encore celle du lombo-abdominal, c'est-à-dire le ligament de Gimbernat, et l'on opère alors comme le chirurgien espagnol le recommande. Le procédé décrit par le professeur de Pavie serait donc le même que celui du professeur de Madrid; mais je ne veux pas chercher à connaître auquel des deux chirurgiens appartient la priorité.

Incision en dedans, d'après le procédé de Gimbernat.—La meilleure manière de débrider est, suivant M. Lawrence (1), d'inciser le bord mince et postérieur de l'arcade crurale dans le point indiqué par Gimbernat, parallèlement à la branche horizontale du pubis. Richter avait parlé de ce mode de débridement, et M. Hey (2) débridait comme Gimbernat avant que l'anatomie lui eût fait connaître les avantages de ce procédé. Il dit que le doigt ou la sonde cannelée ne doivent pas être introduits très-près des grands vaisseaux, mais sur le côté de l'intestin ou de l'épiploon qui est le

(1) Traité des hernies, etc., traduit de l'anglais, par MM. P. A. Béclard et J. G. Cloquet, pag. 431.

(2) Practical Observations in surgery, illustrated by cases, etc., chap. V.

plus proche de la symphise des os pubis; alors il faut débrider directement en haut (1).

Le procédé de Gimbernat n'ayant été exposé avec détail dans aucun ouvrage français, je vais le faire connaître, tel que l'auteur en a donné la description dans son ouvrage.

« Le malade situé comme dans l'opération de la hernie sus-pubienne, et le sac herniaire ayant été ouvert méthodiquement, si l'on trouve l'intestin dans un bon état, on devra de suite le réduire par le taxis. Pour cela on fera sortir un peu plus d'intestin, parce que la portion étranglée se trouve parfois si fortement resserrée qu'elle ne permet pas le passage aux matières contenues dans son anse, et souvent c'est la seule cause qui s'oppose à la réduction. Cet obstacle est communément surmonté en appelant à l'anneau, s'il est possible, une portion de l'intestin renfermé dans l'abdomen, lequel n'ayant pas souffert de l'étranglement, ne se trouve pas contracté comme l'anse qui a éprouvé une compression pendant plusieurs heures, ou même plusieurs jours.

Si l'on ne peut pas, de cette manière, obtenir la réduction par le taxis, il devient indispensable d'inciser la partie qui forme l'étranglement. Pour cela, on introduit sur le côté interne de l'intestin entre lui et le sac herniaire, une sonde cannelée à pointe mousse, et dont le canal soit profond; cette sonde est dirigée obliquement de dehors en dedans, jusqu'à son entrée dans l'anneau crural, ce qui se reconnaîtra par une plus grande résistance à son introduction dans l'anneau; on s'aperçoit ensuite que sa pointe repose sur la branche du pubis. Alors il faut s'arrêter, et tenant la sonde avec la main gauche, si l'on opère sur le côté droit, et avec la main droite, si l'on opère du côté gauche, on l'appuie fortement sur la branche du pubis, de manière à ce que le dos de cet instrument corresponde à l'intestin, la cannelure vers la symphise des os pubis, et que l'un de ses côtés regarde en bas, et l'autre l'arcade crurale. On introduit très-délicatement, avec l'autre main, dans le canal de la sonde, un bistouri à lame étroite et à pointe mousse, qu'on porte à travers l'anneau crural: cette introduction se reconnaîtra aussi par une plus grande résistance. On

(1) The finger, or director, should not be introduced very near the great vessels; but on that side of the intestine or omentum which is nearest to the symphisis of the ossa pubis. The incision may be then made directly upwards, pag. 154 de la 2e édit., et pag. 153 de la 1re.

continuera à pousser cet instrument avec beaucoup de soin, jusqu'à l'extrémité de la cannelure de la sonde; et, en faisant agir ensuite les deux mains de concert, on fera mouvoir ensemble les deux instruments sur la branche du pubis vers son corps, en le retirant en même temps. Par cette manœuvre facile, on parvient à couper le bord interne de l'arcade crurale à sa terminaison, et à quatre ou cinq lignes de sa duplicature, en laissant le reste fixé au pilier interne de l'anneau dont il est la continuation. Cette simple incision, exécutée de la sorte, est sans le moindre danger ; elle relâche considérablement le bord interne de l'arcade, qui, comme il a été dit, forme toujours l'étranglement, et conséquemment les parties peuvent se réduire avec la plus grande facilité.

» Il résulte de tout ce que nous avons dit, que l'opération de la hernie crurale, considérée avec raison par les praticiens les plus renommés, comme très-périlleuse, attendu les dangers éminents auxquels exposaient les méthodes de leur temps, deviendra, par ce nouveau procédé, la plus facile et la moins dangereuse de toutes les opérations que l'on pratique dans les hernies étranglées.

» Dans cette opération, on n'intéresse point le ligament de Fallope; on ne peut donc pas couper le cordon testiculaire, ni l'artère de ce nom, et bien moins encore l'artère sus-pubienne, parce que toutes ces parties restent derrière la sonde, et sont par conséquent éloignées du tranchant du bistouri. Il en arrive de même pour l'artère sous-pubienne, si elle naît de l'iliaque externe et qu'elle passe sur la branche du pubis pour aller gagner le trou sous-pubien ; et si un de ses rameaux s'étendait par hasard jusqu'au repli, il serait si petit qu'il n'exposerait à aucun danger. J'en dirai autant de quelques autres petites artères anomales qui quelquefois, mais très-rarement, se ramifient sur ces parties, car les vaisseaux capillaires n'ont jamais été un obstacle dans la pratique des opérations chirurgicales. Les risques auxquels on s'exposerait seraient de percer la vessie urinaire, que certainement on intéresserait si elle était distendue par l'urine lors de l'opération; mais cela devient impossible si elle est dans son état de vacuité ; aussi devra-t-on prendre la précaution de faire uriner le malade avant de commencer à opérer, comme le pratiquait Garangeot en pareille occurrence.

» Il se pourrait aussi qu'on blessât l'utérus dans les grossesses de plus de quatre mois ; pour éviter cet accident, on emploîra un bistouri boutonné,

comme celui dont se servait Arnaud dans l'opération du bubonocèle ; et d'ailleurs on aura toujours le soin de ne l'introduire que très-peu, et d'incliner la malade sur le côté opposé à celui sur lequel on opère. Après l'opération, on appliquera un appareil simple, sans introduire aucun corps étranger dans l'incision ; au contraire, on tâchera de rapprocher les lèvres de la plaie, et de les maintenir en contact à l'aide de quelques bandelettes agglutinatives de taffetas d'Angleterre ou autres. On placera sur cette suture sèche une simple compresse légèrement chargée d'un onguent composé de cire blanche et d'huile, afin qu'elle ne se colle pas au bandage emplastique ou aux lèvres de la plaie, et elle devra recouvrir les parties à deux pouces plus loin que la suture, pour empêcher l'introduction de l'air ou de tout autre corps étranger. C'est ainsi qu'on éloigne les causes d'irritation. Sur ces compresses, de la charpie sèche sera placée et soutenue par d'autres compresses, et par un bandage, tel que l'inguinal, qui suffit ordinairement, ou bien le spica de l'aine, s'il devient nécessaire (1). »

Si Gimbernat a des partisans pour son procédé, il a aussi des critiques et des adversaires ; parmi ces derniers on compte sur-tout deux très-grands chirurgiens, MM. Dupuytren et Astley Cooper. Ils font les reproches suivants à ce mode d'opérer :

1° Il augmente les difficultés de l'opération, sur-tout si la tumeur est volumineuse, et si elle arrive assez bas sur la cuisse. Alors, en faisant le débridement en dedans, l'instrument doit être porté à une telle profondeur, qu'il est entièrement caché par les parties environnantes.

M. A. Cooper dit qu'ayant essayé plusieurs fois d'opérer suivant ce procédé, il avait reconnu que l'opération était très-difficile à exécuter.

2° On court le danger de blesser l'intestin de deux manières différentes : en supposant l'étranglement du côté interne, on est obligé de tirer l'intestin sur le côté externe, pour pouvoir introduire le doigt ou un conducteur dans l'orifice où se trouve l'étranglement ; en exécutant cette manœuvre, si l'intestin est étranglé depuis long-temps, il peut facilement se déchirer, et les matières fécales sortir par la plaie. C'est ce qui arriva dans un cas dont M. Astley Cooper rapporte l'histoire, et cette déchirure de l'intestin fut suivie de la mort du malade. L'intestin peut encore être

(1) Nuevo metodo de operar en la hernia crural, por D. Antonio de Gimbernat, etc., Modo de practicar la operacion cruenta, pag. 36.

lésé par l'instrument, lors de son introduction. L'étranglement ne laissant point d'espace suffisant pour l'entrée du doigt, l'opérateur tâche d'introduire une sonde cannelée pour guider le bistouri; et, en agissant ainsi, une anse intestinale peut se trouver sur le chemin parcouru par cet instrument, et être blessé, soit tout près de l'ouverture extérieure, soit dans la cavité de l'abdomen; cette lésion peut n'être pas reconnue de suite; on réduit l'intestin, et des accidents se manifestent bientôt après, et sont dus à l'épanchement des matières fécales dans la cavité de l'abdomen.

3° Si la hernie est volumineuse, le débridement, suivant le procédé de Gimbernat, n'est pas suffisant pour permettre la réduction des parties déplacées; car il agrandit peu l'ouverture, de manière qu'il devient nécessaire d'employer beaucoup de force pour réduire la hernie.

4° L'artère sous-pubienne qui, dans les autres procédés opératoires, ne court presque jamais de danger, peut être divisée dans ce débridement en dedans, parce que ce vaisseau présente d'assez nombreuses différences dans sa distribution, et que, dans l'une de ces variétés, elle peut être appliquée sur le ligament de Gimbernat, ou embrasser le col du sac du côté interne, quoique située à quelque distance de sa partie antérieure; et si l'on vient à la diviser en débridant en dedans, il sera presque impossible de parvenir à en faire la ligature (1).

Cette disposition de l'artère sous-pubienne est une des circonstances les moins favorables au procédé de Gimbernat; cependant il faut que cette artère naisse assez haut de la sus-pubienne, car sans cela elle resterait au côté externe du sac, et serait par conséquent hors de l'atteinte du bistouri. M. Monro fils regarde le procédé de Gimbernat comme impraticable, lorsque l'artère sous-pubienne naît et se distribue comme nous venons de le dire. Outre l'artère sous-pubienne dont on doit redouter la blessure, il y a constamment sur le ligament de Gimbernat de petits vaisseaux artériels ou veineux qui s'y ramifient, et dont la section peut produire une effusion de sang dans le bassin. L'existence de ces vaisseaux a été reconnue par les commissaires chargés de l'examen du mémoire de Gimbernat, lorsqu'il le présenta au collége royal de chirurgie de Ma-

(1) The anatomy and surgical treatment of crural and umbilical hernia, etc.; by Astley Cooper, F. R. S., part. II, chapter VI, of the operation inwards, pag. 22.

drid. Ce mémoire obtint cependant l'approbation de cette compagnie savante.

D'autres reproches ont encore été faits au procédé de Gimbernat. La vessie peut être ouverte si l'instrument est trop enfoncé ou dirigé un peu trop en dedans, et l'utérus court le même danger lorsque la grossesse est au quatrième mois. Enfin, s'il existe des adhérences, l'exécution de ce procédé devient encore plus difficile, et l'opérateur ne pouvant plus introduire le doigt ou une sonde cannelée, doit craindre de blesser l'intestin en portant le bistouri sur des parties que l'œil n'aperçoit pas. On peut se servir en pareille circonstance d'un bistouri boutonné, mais il ne donne point encore la sécurité que tout opérateur doit chercher dans l'exécution d'une opération. Peut-être qu'avec un instrument fabriqué sur le modèle du lithotome caché, mais dans des dimensions moindres, et, comme lui, coupant sur la convexité, on éviterait les écueils au milieu desquels on se voit quelquefois obligé de marcher.

Malgré les inconvénients que peut offrir le procédé de Gimbernat, il est suivi par plusieurs chirurgiens français et étrangers, qui le regardent comme plus sûr, dans le plus grand nombre des cas, que tous les autres. Ils allèguent en sa faveur qu'il n'expose à aucun danger lorsque les vaisseaux suivent leur marche ordinaire; que dans les hernies d'un volume médiocre, l'opération est d'une exécution facile, et que par ce mode de débrider on n'affaiblit presque point le canal crural, quoiqu'on obtienne cependant beaucoup d'espace; enfin, que l'on n'est point exposé à blesser le cordon testiculaire ou l'artère sus-pubienne. Nous avons vu que la plupart de ces avantages sont contestés ou refusés au procédé de Gimbernat, par des praticiens dont l'autorité est du plus grand poids. Il nous sera facile de démontrer que le débridement en haut et en dehors expose à moins de dangers, et que si une artère était blessée, on pourrait arrêter l'hémorrhagie moins difficilement que dans le procédé de Gimbernat. Cependant, dans le cas de gangrène à l'intestin, le débridement pourrait être pratiqué en dedans pour éviter la lésion du cordon testiculaire, parce qu'alors l'inflammation a fait adhérer les parties entre elles, et, n'ayant plus de mobilité, elles ne peuvent plus fuir sous l'instrument.

Quelques chirurgiens américains, tels que MM. Physick et Dorsey (1),

(1) Elements of surgery, by John Syng Dorsey, vol. II, Philadelphia, 1813.

partagent l'opinion de M. Astley Cooper sur le procédé de Gimbernat, et lui préfèrent la méthode du chirurgien anglais.

Débridement en haut et en dedans. — Laurent Heister prescrivait d'inciser au côté interne du col du sac, dans une direction oblique vers la ligne blanche. Ledran dit que l'artère sus-pubienne passant devant le col du sac, il faut éviter de la couper, et que l'on y parvient en incisant le ligament de Fallope obliquement, non du côté de l'os des îles, mais vers la ligne blanche ; qu'il faut faire cette incision très-petite, le vaisseau n'étant pas loin (1). Mauchart conseillait aussi d'inciser le ligament de Poupart en dedans, pour ne pas léser l'artère sus-pubienne (2). Richter veut qu'on dirige l'incision très-obliquement vers la ligne médiane de l'abdomen, et très-près de l'angle interne de l'arcade, non-seulement parce que, dans ce point, on s'éloigne beaucoup de l'artère sus-pubienne, mais encore parce que les viscères étant sortis par cet angle, on obtient plus d'espace en l'incisant (3). Lassus donne pour précepte que l'incision soit faite obliquement en dedans, et qu'elle n'ait jamais plus de trois quarts de ligne d'étendue (4).

Sabatier pense qu'en portant l'instrument du côté de l'ombilic, et en coupant dans ce sens, on débride d'une manière plus complète, et que l'incision tombe plus perpendiculairement sur les parties qui forment l'étranglement ; il croit aussi que par ce mode d'opérer on évite autant qu'il est possible de couper l'artère sus-pubienne (5).

Chopart et Desault conseillent de débrider dans la hernie fémorale, en haut et en dedans, si la tumeur est près de la crête du pubis, et en haut et en dehors, si elle est près de l'épine antérieure de l'os coxal, pour éviter l'artère sus-pubienne (6).

M. le professeur Richerand dit qu'on peut, sans aucune crainte, opérer le débridement dans deux sens opposés, en haut et en dedans, perpendiculairement à l'arcade crurale, ou en haut et en dehors (7).

(1) Traité des opérations chirurgicales, par Henri-François Ledran, pag. 237, Paris, 1742.
(2) Haller, Disput. chirurg., t. III, pag. 154.
(3) Traité des hernies, trad. de Rougemont, t. II, pag. 158.
(4) Médec. opérat., t. I, pag. 201.
(5) Médecine opérat., 2e édit., pag. 410.
(6) Traité des malad. chirurg., t. II, pag. 263.
(7) Nosograph. chirurg., t. III, 4e édit., pag. 418.

M. le professeur Dupuytren est d'une opinion semblable, et jamais il n'a éprouvé d'accidents en opérant d'après ces principes. Chez la femme, l'une ou l'autre direction donnée à l'incision est à-peu-près indifférente; mais, chez l'homme, il est plus convenable de débrider en haut et en dehors, et quoique cette proposition soit contraire à l'avis de beaucoup de chirurgiens, je la regarde cependant comme incontestable.

Les raisons alléguées par M. le professeur Richerand, son expérience et celle de M. le professeur Dupuytren, portent la démonstration jusqu'à l'évidence.

En effet, les craintes d'intéresser l'artère testiculaire, en coupant le bord libre du ligament de Fallope, sont illusoires, parce qu'il suffit de faire une légère entamure à ce ligament, pour que l'étranglement cesse, et que l'artère échappe à la lame du bistouri, en se roulant, pour ainsi dire, sur elle-même, à mesure que les fibres de l'arcade s'éraillent ou sont divisées (1).

Du débridement en haut et en dehors. — Sharp est un des premiers chirurgiens qui aient conseillé le débridement en haut et en dehors; il fait cependant observer que dans la hernie fémorale il ne faudrait pas, comme dans la sus-pubienne, faire une grande incision, car on intéresserait l'artère testiculaire (2).

Sharp s'est trompé sans doute, lorsqu'il a dit que la blessure de l'artère sus-pubienne ne doit pas embarrasser l'opérateur; c'est avec raison qu'Arnaud, B. Bell et Scarpa, ont critiqué cette assertion. Ce débridement en haut et en dehors avait été adopté par Bertrandi; et Rougemont, qui blâme ce procédé, fut cependant obligé de débrider ainsi. Il ne blessa ni l'artère testiculaire ni la sus-pubienne, et l'ouverture du corps démontra que la fin de son incision était encore à plus de deux lignes de ce dernier vaisseau (3).

Hesselbach veut qu'on incise en haut et en dehors chez la femme, et en haut et en dedans chez l'homme, pour éviter la section du cordon testiculaire (4).

(1) Nosographie chirurgicale, ou Eléments nouveaux de pathologie, etc., 4e édition, t. III, pag. 419.

(2) Recherches critiques sur l'état présent de la chirurgie, pag. 62.

(3) Rougemont, trad. de Richter, pag. 161.

(4) F. C. Hesselbach, De ortu et progressu herniarum inguinalium et cruralium, etc. Wirceburgi, 1816.

Que l'étranglement soit à l'orifice antérieur ou postérieur du canal crural, en débridant en haut et en dehors sur la partie supérieure du processus falciformis, et arrivant jusqu'au bord inférieur du muscle costo-abdominal, on produit toujours un relâchement dans ces deux ouvertures, puisque, comme nous l'avons dit, cette corne supérieure du prolongement falciforme du fascia-lata, passe sous l'arcade crurale pour aller finir à l'aponeurose du muscle lombo-abdominal, et former avec elle l'insertion interne de ce dernier muscle; insertion appelée ligament de Gimbernat.

Ce mode d'opérer peut convenir chez l'homme et chez la femme; et en supposant qu'une partie de l'aponeurose du muscle costo-abdominal fût divisée, on resterait toujours à quelque distance des vaisseaux testiculaires et du canal déférent. Cependant il ne faudrait pas donner à l'incision l'étendue dont parle Sharp, car alors on risquerait de couper le cordon du testicule ou l'artère sus-pubienne.

M. le professeur Dupuytren préfère ce procédé à tous les autres, mais il se sert, pour l'exécuter, d'un bistouri assez long, courbe, boutonné et tranchant sur sa convexité. Cet instrument (1) n'exerce jamais son action que sur un point, et n'embrasse pas, comme le bistouri de Pott, une grande quantité de parties; enfin, pour qu'il agisse, il est inutile de le promener ou de lui faire décrire une ligne courbe dans une grande étendue. La lame de ce bistouri est introduite à plat sur le doigt index, ou portée seule en haut et en dehors, sur la concavité du processus falciformis; alors on relève la lame, et on en présente la convexité à la partie que l'on veut inciser. Il n'est jamais arrivé d'accidents à M. Dupuytren, qu'on pût attribuer à son instrument ou à sa manière d'opérer. Si l'on craignait que l'incision n'allât trop loin, et que les vaisseaux ne pussent pas fuir devant le bistouri, on pourrait fabriquer l'instrument à froid, et le rendre peu tranchant. Si l'on arrivait alors sur le cordon testiculaire, le bistouri ne pourrait pas l'intéresser, parce qu'il ne couperait pas suffisamment, ou parce qu'il agirait dans une direction presque parallèle à ce cordon, qui serait refoulé par la pression de l'instrument, ses adhérences à la face postérieure de l'arcade étant très-lâches, et les parties fibreuses, beaucoup plus résistantes, devant seules être divisées.

Du débridement seulement à la hauteur de l'ouverture par laquelle la

(1) Bistouri de M. le professeur Dupuytren. *Voyez* pl. III, fig. 2[e].

hernie s'est opérée. — Dans les hernies ombilicales et dans quelques hernies sus-pubiennes, volumineuses, anciennes et avec adhérence, on s'est quelquefois contenté d'inciser, près de l'ouverture par laquelle les parties étaient sorties; on a fait le débridement sans chercher à obtenir la réduction. Mais dans la hernie fémorale, cette méthode est rarement praticable, parce que cette espèce de hernie n'a presque jamais beaucoup de volume.

De l'incision au-dessus de la tumeur herniaire, pour aller débrider de l'intérieur à l'extérieur. — Cette opération a été pratiquée par MM. Law, Else, Hull, Borrett, etc.; mais cette méthode offre de grandes difficultés dans son exécution, et exige des connaissances anatomiques très-exactes. Elle ne peut donc pas être recommandée.

M. Astley Cooper, loin de simplifier l'opération de la hernie fémorale l'a rendue plus longue et plus difficile. Il dit que chez la femme, si la hernie est volumineuse, on trouvera quelquefois convenable d'inciser le bord antérieur de l'arcade crurale ou ligament de Poupart, vers le côté interne du sac herniaire, en dirigeant l'incision en dedans et en haut; mais pour une hernie volumineuse, chez l'homme, si la section de l'arcade crurale est nécessaire, une opération différente devient indispensable pour s'opposer à la lésion du cordon testiculaire.

Lorsque les parties ont été découvertes, et qu'on les trouve trop volumineuses pour être délivrées de l'étranglement, par la division de la gaîne et du bord postérieur de l'arcade fémorale, on doit faire une incision sur l'aponeurose du muscle costo-abdominal, vis-à-vis de l'ouverture du sac herniaire, à environ un quart de pouce au-dessus de l'arcade, pour découvrir le cordon testiculaire; alors on portera ce cordon en haut à l'aide du doigt ou d'une sonde cannelée, et il sera éloigné de la ligne dans laquelle on fera le débridement. L'opérateur, introduisant son doigt dans le sac avec un bistouri placé dessus, divisera le bord antérieur de l'arcade crurale, sans le plus petit risque pour le cordon testiculaire (1). M. Astley Cooper fait ainsi deux opérations pour une, et par une double incision, il affaiblit beaucoup trop le bord inférieur du muscle costo-abdominal, et favorise le développement ultérieur de la hernie.

Ces dernières méthodes, loin de présenter des avantages sur celle dans laquelle on débride en haut et en dehors, offrent des inconvénients ou des

(1) The Anatomy and surgical treatment of crural and umbilical hernia, etc., part. II.

difficultés dont la première est exempte. Je crois donc pouvoir affirmer que le débridement en haut et en dehors dans les hernies fémorales, en se servant d'un bistouri boutonné, tranchant sur sa convexité, est le procédé le plus prompt, le plus facile et le plus sûr. Les observations consignées dans cette dissertation viennent à l'appui de ma proposition.

TRENTIÈME OBSERVATION.

Royer (Joséphine), âgée de vingt-six ans, couturière, avait depuis deux ans une hernie crurale survenue en portant un fardeau; cette tumeur sortait et rentrait habituellement et en totalité. Le 25 mars, vers les onze heures du matin, en portant un seau d'eau, cette fille sentit sa hernie sortir; elle éprouva à l'instant même une syncope suivie de coliques, de nausées, de hoquets, de vomissements : ces accidents persévérèrent pendant la nuit et le lendemain toute la journée.

Un chirurgien essaya vainement le taxis, prescrivit un cataplasme émollient et des lavements huileux : ces lavements ne déterminèrent aucune évacuation. La malade prit alors un lavement fait avec une décoction de feuilles de tabac, qui donna lieu, assure-t-elle, à une perte de connaissance qui dura une demi-heure; enfin, elle vint à l'Hôtel-Dieu le 27 mars, dans la confiance d'y trouver du soulagement à ses douleurs.

Avec tous les symptômes de l'étranglement, elle avait au-dessous de l'arcade crurale droite une tumeur du volume d'un œuf, obronde, rénitente, élastique, douloureuse à la pression, irréductible, non fluctuante, sans changement de couleur à la peau.

Depuis le moment de l'étranglement, point de déjections alvines, point d'expulsion de gaz; le bas-ventre était souple, un peu douloureux; le pouls petit, fréquent : depuis le matin, la malade avait ses règles.

L'opération fut pratiquée de la manière suivante : la peau fut incisée crucialement, le tissu lamineux sous-cutané, l'aponeurose, le tissu lamineux sous-aponeurotique, furent divisés et disséqués; le sac, de couleur bleuâtre, se trouva en évidence, il fut ouvert en le soulevant avec la pointe d'un bistouri tenu à plat; un jet de sérosité s'écoula de cette ouverture; elle fut agrandie avec des ciseaux. La hernie était une entérocèle : une anse d'intestin de trois pouces de longueur était étranglée; elle parut rougeâtre ou de couleur marron, adhérente au sac

par des fausses membranes albumineuses faciles à détruire. Il fallut procéder au débridement. M. Dupuytren avait depuis long-temps reconnu que le bistouri fistulaire de Pott est préférable à l'usage du bistouri droit et de la sonde cannelée, pour pratiquer le débridement dans les hernies qui rendaient l'exécution de ce débridement longue et difficile; mais il avait aussi reconnu qu'un inconvénient était attaché à la forme concave du tranchant du bistouri de Pott, qui s'éloignait des parties à inciser; et quoiqu'on prît la précaution d'élever le manche de l'instrument pour que le tranchant rencontrât le collet du sac et l'aponeurose, néanmoins le débridement était long ou insuffisant, il nécessitait de nouvelles manœuvres, entraînait des longueurs pénibles pour le malade et pour l'opérateur. M. Dupuytren pensa que si le bistouri au lieu d'être concave était convexe sur le tranchant, le débridement devrait être prompt, facile, en ce que le tranchant, au lieu de s'éloigner, s'offrirait aux parties à inciser. Il fit donc modifier l'instrument, et s'en servit pour pratiquer le débridement chez cette femme. Il fut conduit à plat sur la face palmaire de l'indicateur gauche, et introduit sous l'arcade, entre le sac et l'intestin; le tranchant fut présenté à l'arcade, et la section fut opérée de suite et en un seul temps en haut et en dehors.

Une portion d'intestin fut attirée au dehors; à l'endroit de l'étranglement on aperçut une tache blanchâtre, transparente, de deux lignes d'épaisseur; l'intestin était en cet endroit aminci et paraissait réduit à sa tunique péritonéale. La réduction fut faite, car l'intestin était dans un état qui la permettait, et l'on procéda au pansement.

On prescrivit du bouillon de veau aux herbes, des fomentations émollientes, des demi-lavements émollients, une saignée de bras, et, si les règles se supprimaient, des sangsues à la vulve.

Le 28 au matin, la malade avait dormi pendant la plus grande partie de la nuit; elle était dans l'état le plus satisfaisant : tous les symptômes d'étranglement avaient disparu, le bas-ventre était souple, sans douleur, le pouls développé, un peu fréquent, les règles continuaient à couler.

Le soir, la malade était fort bien; elle avait seulement de légères coliques.

Le 31, l'appareil fut levé : la plaie était rouge et de bon aspect, la suppu-

ration peu abondante : le travail de la cicatrisation ne fut traversé par aucun accident ; la malade sortit le 5 mai parfaitement guérie.

TRENTE-UNIÈME OBSERVATION.

Derain (Jean-Claude), âgé de trente-six ans, d'une forte constitution, d'un tempérament éminemment sanguin, jouissant habituellement d'une très-bonne santé, portait depuis trois ans une hernie crurale du côté droit, qui, d'abord du volume d'une noisette, avait bientôt acquis celui d'une noix. Trois ans s'étaient écoulés depuis qu'il s'était aperçu de l'existence de cette tumeur, lorsqu'il employa un bandage pour la maintenir réduite. Cette hernie ne lui avait causé aucun accident jusqu'au 14 mars 1817. Ce jour-là, il avait ôté son bandage et fait une course assez longue. Quand il fut rentré chez lui, il voulut faire rentrer sa hernie. Tous ses efforts furent inutiles, quoiqu'elle ne fût pas sensiblement plus volumineuse qu'à l'ordinaire. Bientôt après, il eut des nausées, des envies de vomir, et enfin des vomissements.

Le jour suivant, 15 mars, il eut une selle. Un chirurgien chercha, mais en vain, à obtenir la réduction. Tous les accidents ayant augmenté d'intensité, il fut transporté à l'Hôtel-Dieu le 16 mars. L'étranglement existait depuis deux jours; les parties furent rasées, un bain fut ordonné, un cataplasme émollient appliqué sur la tumeur. Malgré l'emploi de ces moyens, tous les accidents persistèrent. La tumeur, dirigée obliquement de dehors en dedans, occupait la région crurale; son grand diamètre était transversal, et son petit vertical. A la visite du soir, M. Dupuytren s'étant assuré que la réduction était impossible, procéda aussitôt à l'opération, pour laquelle tout était préparé.

M. Dupuytren ayant fait à la peau un pli parallèle à l'arcade crurale, dont il tenait lui-même l'extrémité externe, tandis que l'aide soulevait la partie interne, fit sur la partie moyenne de ce pli une incision dirigée un peu obliquement de haut en bas. Saisissant ensuite la lèvre externe de la plaie, il incisa à sa partie moyenne. Il fit ensuite une autre incision après avoir saisi la lèvre interne, de manière que la plaie devînt cruciale.

Chaque lambeau fut disséqué. Le tissu lamineux sous-cutané l'ayant aussi

été, M. Dupuytren parvint au sac, qui fut ouvert à sa partie moyenne avec la plus grande dextérité. Beaucoup de sérosité s'écoula. Ce sac fut ensuite incisé crucialement, avec des ciseaux ; l'intestin étant mis à découvert, le débridement fut pratiqué très-obliquement en haut et en dehors avec un bistouri courbe boutonné, et tranchant sur sa convexité. Les praticiens ont l'habitude d'employer pour le débridement des hernies ou de certaines plaies, le bistouri boutonné concave, et quelquefois le bistouri boutonné droit. M. Dupuytren employait lui-même ces instruments ; mais souvent, après avoir introduit le bistouri boutonné concave, qui embrassait une trop grande étendue de parties, il n'avait pu, malgré tous ses efforts, présenter le tranchant sur le point qu'il fallait inciser.

M. Dupuytren se servit de son bistouri courbe et tranchant sur la convexité. Il pensa que la partie qui cause l'étranglement dans les hernies, étant ordinairement la plus saillante, et le tranchant du bistouri s'offrant parfaitement à cette même partie, le débridement serait très-facile. On pourrait, il est vrai, croire pouvoir objecter contre cet instrument que son introduction est difficile ; mais l'expérience démontre le contraire ; et une différence très-grande se trouve dans la manière d'agir de l'un et de l'autre des bistouris courbes, à l'instant où leur tranchant doit couper. Ce fut avec une extrême facilité et la plus grande promptitude que M. Dupuytren, en se servant du nouveau bistouri, opéra le débridement.

Le débridement étant opéré, l'intestin fut réduit. On procéda ensuite au pansement. Un linge fenêtré, enduit de cérat, de la charpie fine, deux compresses triangulaires, et le spica de l'aine, formaient tout l'appareil.

On prescrivit une saignée de quatre palettes. Quoique l'abdomen fût peu douloureux, on avait cependant à redouter le développement d'une péritonite chez un sujet aussi vigoureux. Des demi-lavements émollients laxatifs furent donnés. Après le troisième, le malade eut une selle copieuse. La nuit fut assez tranquille.

Le 17 mars, à la visite du matin, le malade se plaignait d'éprouver quelques vents et des hoquets. Le ventre était encore un peu sensible, le pouls plein. Une saignée de trois palettes fut faite aussitôt.

On continua les lavements, et l'on donna de l'eau de veau édulcorée. Le soir, quoique l'état du malade fût assez bon, une saignée de deux palettes fut encore pratiquée. Pendant la nuit il eut une selle.

Le 18, les vents et les hoquets ne se firent plus observer, la douleur du ventre était presque nulle, le pouls souple, la langue humide; on appliqua cependant quarante sangsues sur l'abdomen.

A la visite du soir, le malade était parfaitement bien; seulement il n'avait point eu de selles. On donna une potion minorative.

Le 19, il n'éprouvait aucun accident; on lui permit de prendre deux bouillons.

Le 20 mars, ce bon état se soutenait; on leva l'appareil. Une suppuration de bonne nature commençait à s'établir, la plaie offrait l'aspect le plus satisfaisant. M. Dupuytren prescrivit deux onces d'huile de ricin, qui provoquèrent quatre selles.

Le 21, même état. Le 22, formation d'une escarre de la portion du sac; mais le malade était si bien, qu'on lui accorda deux légers potages: la plaie fut pansée avec le digestif.

Les 23 et 24, le malade ne cessa pas de se bien trouver; il n'était nullement incommodé par les aliments qu'il prenait. Chaque jour on lui donna un lavement, afin d'entretenir la liberté du ventre.

Le 25, chute de l'escarre; on cessa l'usage du digestif. La plaie offrit un bon aspect; déjà elle se couvrait de bourgeons celluleux et vasculaires.

Les 26 et 27, la plaie faisait des progrès vers la guérison.

Les jours suivants jusqu'au 30 mars, la cicatrisation marcha rapidement. Ce même jour on toucha la plaie avec le nitrate d'argent.

Le 3 avril, dix-huit jours après l'opération, la plaie était presque guérie, et toutes les fonctions se faisaient avec une grande régularité.

TRENTE-DEUXIÈME OBSERVATION.

Le nommé Laporte, âgé de cinquante-cinq ans, d'une constitution robuste, homme de peine à la pharmacie centrale, portait depuis dix ans une hernie crurale, survenue à la suite d'un violent effort pour charger des caisses de médicaments sur une charrette; cette hernie rentrait avec facilité : il fit usage pendant quelque temps d'un bandage; mais

comme ce brayer était mal fait et qu'il lui causait une très-grande gêne, il cessa de le porter. Le 17 mai 1817, la tumeur sortit plus volumineuse que de coutume, et ne put pas rentrer, malgré les efforts de réduction que fit ce malade. Aussitôt il fut pris de coliques violentes, de vomissements de matières bilieuses. Il avait un dévoiement depuis trois mois; ce dévoiement cessa tout-à-coup. Les accidents continuaient toujours; on transporta le malade à l'Hôtel-Dieu le 19 mai 1817. Quelques instants après son entrée, il vomit des matières bilieuses. On le fit mettre au bain, où il ne put rester qu'une demi-heure; on fit quelques tentatives de réduction, mais elles furent inutiles. Il fut reporté à son lit, et M. Dupuytren le vit le soir à la visite. Il avait des nausées, des rapports, des hoquets, des vomissements, des coliques; il ne rendait ni gaz, ni matières fécales par l'anus depuis trente-huit heures. On voyait au-dessous de l'arcade crurale une tumeur arrondie, rénitente, sans changement de couleur à la peau, irréductible, du volume d'un œuf de poule; le ventre était légèrement tendu et douloureux à la pression.

L'indication à remplir était donc de pratiquer l'opération le plus tôt possible. Elle fut proposée au malade, qui l'accepta sans hésiter. Il y avait trente-huit heures que la hernie était étranglée.

Un pli fut fait à la peau, parallèlement à l'arcade crurale, et divisé transversalement à sa direction; deux incisions latérales rendirent la plaie cruciale; les lambeaux furent disséqués et la tumeur mise à nu; le tissu lamineux fut incisé en dédolant, ainsi que l'aponeurose fémorale et les glandes lymphatiques, puis le tissu lamineux sous-péritonéal qui présentait une disposition remarquable : il avait l'aspect de l'épiploon.

Ce feuillet fut incisé avec de grandes précautions; aussitôt parut le véritable sac, qu'on ouvrit; il était très-mince, et contenait environ deux cuillerées de sérosité limpide. On découvrit alors l'épiploon; ce dernier étant soulevé, on trouva l'intestin derrière lui. L'épiploon tenait au côté externe du sac par des adhérences celluleuses et fibreuses, anciennes; l'intestin était aussi légèrement adhérent à l'épiploon, duquel il fut facile de le séparer. On débrida très-obliquement entre l'épiploon et l'arcade crurale en portant le bistouri tranchant sur sa convexité, à plat sur le doigt indicateur, et dirigé en dehors, puis retourné en haut et en dehors, en le présentant à la partie la plus tendue de l'ar-

cade crurale : alors on entendit un bruit qui indiqua la section des fibres aponeurotiques. L'épiploon soulevé, on examina avec attention l'intestin attiré au dehors ; il fut trouvé sain. Aussitôt on en fit la réduction. Aucune artère ne fut coupée pendant l'opération ; on pansa simplement avec du cérat, de la charpie, une compresse pliée en plusieurs doubles ; et, pour maintenir le tout, on appliqua un spica simple ; on donna pour boisson de la limonade, mais il ne fut pas prescrit de lavement, dans la crainte de rappeler le dévoiement. La soirée et la nuit se passèrent très-bien. Le lendemain matin, le ventre était souple et sans douleur ; les nausées, les hoquets, les vomissements avaient cessé.

Le malade n'avait rendu par l'anus qu'une grande quantité de gaz. On prescrivit quelques bouillons, du petit-lait, et un demi-lavement émollient.

Les deuxième et troisième jours, le malade était dans un état de calme parfait ; cependant il n'avait point d'évacuations alvines. Même prescription.

Le quatrième jour, il eut de légers frissons, de la fièvre ; il se plaignait de coliques, et, pendant la nuit, il fut pris de dévoiement, et alla huit fois à la selle.

Le cinquième jour, le dévoiement augmenta ; cependant le mouvement fébrile, qui existait la veille, avait disparu ; mais le malade avait eu une quinzaine de selles ; l'appareil était traversé par de la sérosité sanguinolente ; la plaie fut trouvée en pleine suppuration ; le pus avait produit au côté externe de la plaie un petit érysipèle ; l'épiploon était tendu de l'estomac et de l'arc du colon vers la plaie. On pansa simplement. On prescrivit pour boisson une décoction de riz gommé et aromatisé avec de l'eau de cannelle, et deux demi-lavements avec cinq gouttes de laudanum.

Le septième jour, le malade avait eu des selles très-nombreuses ; cependant les forces ne paraissaient point altérées ; la plaie était vermeille, et la suppuration de bonne nature et pas trop abondante. On donna plusieurs potages au riz pour tout aliment, et pour boisson de la décoction de riz avec addition d'eau de cannelle, et deux demi-lavements avec six gouttes de laudanum dans chaque.

Le dixième jour, on avait obtenu un bon effet des lavements ; le malade n'allait plus à la selle que deux ou trois fois en vingt-quatre heures:

la plaie était belle ; ses angles commençaient à se cicatriser ; le pus qui, les premiers jours, s'amassait au fond de la plaie, n'y séjournait plus, parce qu'elle était remplie en partie par le développement de bourgeons celluleux et vasculaires ; l'érysipèle paraissait tout-à-fait dissipé.

Le quatorzième jour, le dévoiement était tout-à-fait calmé ; il n'y avait plus qu'une selle ou deux en vingt-quatre heures. Le malade, qui avait été un peu fatigué par de si abondantes évacuations alvines, avait repris ses forces. La plaie marchait rapidement vers la cicatrisation ; des bourgeons celluleux et vasculaires dépassaient le niveau de la peau ; on les réprima avec le nitrate d'argent. Des bandelettes de diachylon gommé furent appliquées pour rapprocher les bords de la plaie, qui ne cessa pas de faire des progrès vers la cicatrisation, jusqu'au 27 juin, quarante-unième jour après l'opération. Un bandage crural fut appliqué, et le malade sortit de l'hôpital parfaitement guéri, le 3 juillet 1817, pour se livrer à ses travaux.

TRENTE-TROISIÈME OBSERVATION.

La nommée Mougin, âgée de soixante-six ans, portait depuis un an une hernie crurale droite, qu'elle ne maintenait pas, et qui rentrait complétement pendant le repos et la position horizontale ; cette tumeur avait le volume d'une noix. Le samedi sept décembre 1816, la hernie sortit, augmenta de volume, devint douloureuse et ne voulut point rentrer ; bientôt cette femme éprouva des coliques, des hoquets, des rapports, des nausées et des vomissements ; elle ne rendit par l'anus ni vents, ni matières ; elle resta dans cet état le samedi et le dimanche ; on ne fit aucune tentative violente pour réduire cette hernie. Le samedi 9 décembre, elle se fit transporter à l'Hôtel-Dieu : on voyait sous l'arcade crurale droite une tumeur conoïde, de la grosseur d'un œuf de poule ; la peau était saine, le tissu lamineux nullement engorgé ; le ventre très-sensible, mais le pouls bon et régulier ; la constipation, les hoquets, les rapports continuaient, l'anxiété était à son comble. L'opération fut proposée, acceptée et pratiquée sur-le-champ.

Une incision cruciale fut faite à la tumeur, et le tissu lamineux disséqué ; le sac fut ouvert avec précaution, puis incisé crucialement.

L'épiploon parut le premier; derrière lui se trouvait une anse d'intestin d'un rouge vif.

Le débridement fut fait en haut et en dehors; l'intestin fut amené à l'extérieur, trouvé sain et réduit; la malade fut pansée et placée convenablement: on lui ordonna du petit lait et des lavements émolliens; on se borna d'abord à ces moyens; car la sensibilité du ventre paraissait tenir simplement à la rétention des matières, et devait se dissiper promptement. Immédiatement après l'opération, les vomissements cessèrent, la malade alla plusieurs fois à la selle; les hoquets et les rapports continuèrent; la nuit fut assez mauvaise.

Le lendemain matin le ventre était un peu développé et douloureux; on appliqua trente sangsues sur l'abdomen; on continua les lavements et on prescrivit une boisson de guimauve édulcorée et des fomentations émollientes sur l'abdomen. Le soir elle était mieux; cependant elle éprouvait encore de fortes douleurs dans le ventre; on donna des lavements de pavots; elle passa une bonne nuit.

Le deuxième jour au matin, point de vomissements, mais la malade alla plusieurs fois à la selle en dévoiement; elle ressentait des douleurs assez fortes et profondes dans l'abdomen; le pouls était bon, fort et régulier, la figure nullement altérée; les douleurs ne pouvaient guère être attribuées à une péritonite, car le ventre était souple, peu douloureux au toucher; de plus, il y avait diarrhée et épreintes; ce qui indiquait une entérite légère, ou une dysenterie commençante. On appliqua vingt sangsues à l'anus; on continua les lavements, et du petit lait: le soir elle était soulagée; la nuit fort bonne.

Les troisième et quatrième jours, la malade éprouva peu de coliques; elle eut souvent des rapports et des hoquets légers, mais elle allait librement à la selle; on renouvela l'appareil; le dévoiement continuant, on donna des lavements avec addition de trois gouttes de laudanum, ce qui procura un peu de calme.

Le cinquième jour, on enleva l'appareil en entier. Le lendemain, la malade était affaissée, assoupie; la langue noire, le pouls petit et faible; le dévoiement continuait à avoir lieu; la plaie parut blafarde. On fit prendre du vin sucré, de la limonade vineuse, des lavements adoucissants.

Le septième jour, l'état général était meilleur; on s'aperçut que la plaie rendait beaucoup de pus et qu'en pressant l'abdomen tout autour, on en faisait sortir, mais qu'on causait de la douleur. On pensa dès-lors que ce pus venait d'un abcès formé dans l'épiploon, et que l'inflammation s'était peut-être propagée aux intestins, et causait la diarrhée.

On appliqua des cataplasmes sur la plaie préalablement couverte de charpie, on continua les lavements émollients et narcotiques, ce qui réduisit la diarrhée à deux selles par jour.

Les huitième, neuvième, dixième et onzième jours, l'état de la malade fut assez mauvais, et nous fit craindre de la perdre; ses forces et son appétit étaient presque nuls; le pouls était faible et lent; la sensibilité du ventre persistait; la malade avait la diarrhée, et allait plusieurs fois par jour avec des coliques; c'était sur-tout aux environs de la plaie qu'elle souffrait; on continua les cataplasmes, les lavements et les boissons délayantes.

Du douzième au dix-huitième jour, 27 décembre, l'état de la malade s'améliora considérablement; l'engorgement situé autour de la plaie, les élancements qu'il causait, et la sensibilité du ventre, se dissipèrent peu-à-peu; le dévoiement ne tarda pas à disparaître; les forces et l'appétit revinrent; on supprima les cataplasmes le dix-huitième jour; la plaie marcha rapidement vers la cicatrisation, et la malade sortit bien guérie au bout d'un mois.

TRENTE-QUATRIÈME OBSERVATION.

Le nommé Colin (François), âgé de 29 ans, maréchal ferrant, entra à l'Hôtel-Dieu le 14 décembre 1818. Le 11 du même mois, ce malade en forgeant fit un violent effort qui fut suivi de coliques qui durèrent toute la journée et le forcèrent d'interrompre son travail; le soir en se mettant au lit, il aperçut avec étonnement à la partie supérieure de la cuisse droite, dans la région inguinale, au-devant de l'arcade crurale, une tumeur du volume d'une noix, de forme ronde, bosselée, sans changement de couleur à la peau, douloureuse au toucher; cette tumeur n'existait pas avant l'effort dont j'ai parlé plus haut. La nuit se passa assez mal, le malade éprouvant de violentes coliques. Le deuxième jour de son accident, il eut une petite selle; les coliques persistèrent; des hoquets, des envies de vomir et des vomissements de matières liquides et

verdâtres suivirent. Un médecin qui fut appelé méconnut la cause des accidents, et ordonna des choses insignifiantes. Le troisième jour depuis l'apparition de la tumeur, les coliques augmentèrent d'intensité, des douleurs abdominales se développèrent, le ventre devint douloureux à la plus légère pression, les hoquets, les vomissements continuèrent; il n'y avait point d'évacuations alvines. Enfin le malade se fit transporter au bureau central d'admission, et il fut envoyé dans une salle de médecine de l'Hôtel-Dieu. Le médecin chargé de ce service ne pouvant prononcer si les accidents qu'éprouvait le malade tenaient à la présence de la hernie ou à l'existence d'une entérite ou d'une péritonite, ordonna douze sangsues à l'anus et un bain, et pria M. Dupuytren de vouloir bien examiner le malade. Il le vit le 15 au soir; il était dans l'état suivant: le ventre était tympanisé et rendait un son comme un tambour; des coliques, des rapports, le hoquet, des vomissements fréquents, des éructations continuelles, formaient les symptômes généraux. A la partie supérieure de la cuisse au-dessous du ligament de Fallope, il existait une tumeur peu saillante sans changement de couleur à la peau, dure, tendue et douloureuse, dans la profondeur de laquelle on sentait une fluctuation manifeste; au-devant d'elle se trouvait un peloton de ganglions lymphatiques engorgés. Certain de l'existence d'une hernie, certain que les accidents ne tenaient qu'à son étranglement, M. Dupuytren proposa l'opération au malade; elle fut acceptée et pratiquée de la manière suivante:

Une incision de deux pouces fut faite sur la tumeur parallèlement à l'axe de la cuisse; elle ne fut pas rendue cruciale; le tissu lamineux sous-cutané fut incisé, la couche des ganglions lymphatiques inguinaux engorgés le fut aussi, et on les écarta; ces ganglions sont toujours la cause, chez l'homme, de quelques difficultés dans l'opération. On alla au delà: alors se présenta le sac; il avait une couleur violette; il était entouré de graisse: la pointe d'un bistouri y fut plongée; aussitôt un jet de liquide sortit. Alors le sac fut incisé crucialement à l'aide de ciseaux mousses; dans son fond se trouvait une portion d'intestin; elle était seulement pincée, et avait une couleur rouge: cette circonstance donne quelquefois lieu aux mêmes symptômes qu'un étranglement complet; quelquefois aussi, lorsque cela arrive, des gaz et même des matières fécales sortent par le bas, et cet état peut intimider et empêcher de pratiquer l'opération qui, en levant l'étranglement,

fait cesser les accidents. Il fallait procéder au débridement ; M. Dupuytren porta dans l'anneau un bistouri boutonné , tranchant sur sa convexité , et débrida obliquement en haut et en dehors. Après le débridement, il coula un peu de sang rouge, vermeil, qui s'arrêta peu de temps après. On couvrit la plaie avec du linge troué, enduit de cérat; on plaça par-dessus de la charpie, des compresses, et un bandage triangulaire pour maintenir le tout. A minuit les matières n'avaient pas encore leur cours naturel; le sang ne coulait plus: le malade avait de fréquentes éructations de gaz inodore. Depuis l'opération, les hoquets, les vomissements avaient cessé, le ventre était toujours douloureux , dur et tendu ; une saignée du bras, de trois palettes, fut pratiquée; point de sommeil ni d'évacuations alvines pendant la nuit. Le 16 décembre on le descendit dans les salles de chirurgie. De suite on le porta au bain , dans lequel il resta environ une heure ; il s'y trouva un peu soulagé. Pendant la durée de ce bain , des gaz stercoraux s'échappèrent par le bas ; le malade n'eut ni hoquets , ni rapports , ni envies de vomir , ni vomissements. Dans la vue de rétablir le cours des matières fécales , M. Dupuytren ordonna trois onces de manne dans six onces d'huile d'amandes douces , pour lui faire prendre par doubles cuillerées toutes les deux heures ; il recommanda aussi expressément de s'arrêter si des douleurs se développaient dans le ventre. A cinq heures du soir , le malade avait déjà pris toute la potion, et cependant aucune évacuation alvine n'avait encore eu lieu ; le ventre était toujours dur , tendu , douloureux ; la percussion le faisait raisonner comme un tambour ; une nouvelle saignée de trois palettes fut encore pratiquée ; le malade fut de nouveau conduit au bain , qui produisit encore du soulagement. Cependant, la nuit , insomnie complète. Le jeudi 17 , plus de hoquets ni de vomissements ; toujours des coliques , éructation de gaz inodores par la bouche ; pas d'évacuations alvines. Deux onces d'huile de ricin furent ordonnées , et mêlées avec du bouillon de veau aux herbes.

Il y eut bientôt après plusieurs évacuations de matières fécales noires , d'une fétidité insupportable ; le soir le malade se trouva assez bien ; son ventre était moins dur et moins volumineux ; son pouls plein , mais sans fréquence , la peau chaude , la langue sèche et la soif assez vive.

Le 18 décembre , le malade était assez bien ; son ventre était tombé et n'était plus balonné ni douloureux ; la langue était sèche , la soif vive ; on

prescrivit de l'eau de gomme, du laudanum dans les lavements; ce malade sembla être dans un état de prostration.

Le 19, la plaie parut en bon état : la suppuration était établie et de bonne nature; le malade allait fort bien.

Le 24, pas de coliques ni de douleurs au ventre; chaque jour le malade allait à la selle; son appétit et ses forces revenaient; sa plaie se rétrécissait de plus en plus : on en rapprochait les lèvres au moyen de bandelettes agglutinatives.

Le 28, le malade était fort bien; pas de chaleur à la peau, pouls d'une lenteur remarquable, pas la moindre douleur à l'abdomen; tous les jours le malade allait librement à la selle; l'appétit se soutenait. On toucha la plaie avec du nitrate d'argent.

Ce malade quitta l'hôpital le 18 janvier 1819, le vingt-troisième jour de son opération; sa plaie était parfaitement cicatrisée.

TRENTE-CINQUIÈME OBSERVATION.

Deschamps, agée de cinquante-quatre ans, couturière, portait une hernie depuis vingt-six ans; cette tumeur était survenue au milieu des douleurs de l'enfantement, et n'avait point été maintenue avec un bandage; elle sortait et rentrait avec facilité. Il y avait deux ans qu'elle s'était étranglée. Un chirurgien la réduisit, recommanda l'usage d'un bandage qui maintînt la hernie. Depuis deux mois, cette femme avait cessé de le porter, lorsqu'elle sentit sa tumeur reparaître. Bientôt elle éprouva des coliques, des rapports, des nausées, des vomissements; elle appliqua sur la tumeur son bandage, dans l'espoir qu'il la ferait rentrer. Elle en supporta l'application toute la nuit, malgré les violentes douleurs qu'il causait. Le lendemain matin et toute la journée, persévérance des symptômes de l'étranglement. La malade fut apportée le soir à l'Hôtel-Dieu. Elle avait au-dessous de l'arcade crurale gauche une tumeur circonscrite, dure, rénitente, élastique, non fluctuante, sans changement de couleur à la peau. Le bas-ventre était souple et sans douleur. Depuis le moment de l'étranglement il ne s'était point fait de déjections alvines, ni d'expulsion de gaz. L'état de tension et de rénitence de la tumeur était un signe certain de son irréductibilité, et il fallait, sans temporiser, recourir à l'opération; elle fut pratiquée de suite.

La peau qui recouvrait la tumeur fut soulevée en formant un pli transversal, dont l'opérateur tenait une extrémité, et un aide l'autre. Ce pli fut incisé à sa partie moyenne et de dedans en dehors, ou d'arrière en avant; ce qui donna une incision verticale de trois pouces de longueur. Le tissu lamineux, les graisses, l'aponeurose, le tissu lamineux sous-aponeurotique, toutes ces parties furent divisées par couche sur la sonde cannelée; le sac se trouva bientôt en évidence: on le reconnaissait aisément à sa couleur bleuâtre; il fut ouvert avec la pointe du bistouri tenu à plat. Un jet de sérosité de couleur citrine jaillit de l'ouverture de cette poche qui fut incisée de bas en haut sur la sonde cannelée, et fendue transversalement avec des ciseaux. Une anse d'intestin de trois à quatre pouces de largeur formait cette hernie; l'intestin était rougeâtre, épaissi, distendu par des gaz. M. Dupuytren porta le doigt au collet du sac, et ne reconnut aucune adhérence; le débridement fut fait en haut et en dehors; l'anse bien examinée fut réduite. Pendant la réduction, des efforts de vomissements la firent sortir de nouveau; on vit s'écouler du sang du côté interne de la plaie; mais cet écoulement s'arrêta bientôt. On procéda au pansement; un linge troué, enduit de cérat, fut appliqué sur la plaie; par-dessus l'on mit des plumasseaux de charpie, une compresse en triangle; le tout fut assujetti par un bandage en spica: on prescrivit du petit-lait, des demi-lavements émollients, des fomentations, et pour aliment des bouillons.

La malade eut une selle deux heures après l'opération; elle en eut une seconde dans la nuit. Les symptômes de l'étranglement disparurent; elle éprouvait seulement des coliques et une douleur aiguë dans l'hypochondre droit. Le bas-ventre était peu tuméfié, sans être tendu ni très-douloureux à la pression; le visage grippé, la langue blanchâtre, avec dégoût, anorexie, légère céphalalgie; le pouls fréquent, assez développé. Une saignée du bras fut ordonnée: on continua le petit-lait, les demi-lavements, les fomentations.

Le soir, les coliques s'étaient modérées, ainsi que la douleur de l'hypochondre; le bas-ventre était toujours tuméfié: la malade avait des éructations fréquentes; elle était allée deux fois à la selle. Une nouvelle saignée du bras fut ordonnée.

Le second jour après l'opération, sommeil paisible; la nuit, éructations fréquentes, mais elles étaient habituelles; douleurs modérées du

bas-ventre se propageant jusqu'à la plaie, et rendues plus pénibles par une toux légère; le pouls avait repris son état naturel, mais la malade n'avait point eu de selles. Même prescription.

Le troisième jour, amélioration sensible, plus de douleurs dans l'abdomen, plus de tuméfaction; le visage commençait à s'épanouir; la malade avait recouvré l'appétit, mais elle n'était pas allée à la selle. Elle prit quatre demi-lavements, et n'en rendit aucun; elle se plaignait seulement de rapports nidoreux. Même prescription; deux soupes.

Le quatrième jour, la malade était très-bien, mais elle n'était pas encore allée à la selle depuis le jour de l'opération. L'appareil fut levé: la plaie était rouge, de bon aspect; la suppuration n'était pas encore bien établie; le pus paraissait séreux, en petite quantité; on pansa avec un linge troué, enduit de cérat, des plumasseaux, une compresse en triangle et un bandage.

Le cinquième jour un purgatif léger avait déterminé des selles abondantes; la malade était très-bien: elle avait bon appétit; tous les symptômes généraux étaient dissipés, et la maladie réduite à une plaie simple, un peu plus grande qu'une pièce de cinq francs.

Au bout de huit jours cette plaie avait diminué en profondeur et en largeur. La pierre infernale fut promenée dans le voisinage des bords; et cinq jours après, ces bords furent rapprochés avec des bandelettes agglutinatives, et bientôt après la cicatrice fut complète.

TRENTE-SIXIÈME OBSERVATION.

Marie-Adrienne L..., âgée de 37 ans, mère de treize enfants, avait une hernie crurale depuis dix ans, survenue pendant les douleurs de l'enfantement. Cette hernie rentrait habituellement, et n'avait jamais été maintenue réduite avec un bandage. Le 11 avril 1817, elle sortit et ne put rentrer; bientôt cette femme éprouva de violentes coliques, des rapports, des nausées, des vomissements; elle n'alla pas à la selle, mais elle rendit des vents par l'anus.

Le 12 et le 13, persévérance des coliques, vomissements des bouillons et de tous les aliments pris peu de temps auparavant.

Le 14 et le 15, persévérance des coliques, point d'évacuations alvines,

point de vomissements. Le 19, coliques violentes, vomissements des aliments pris la veille, selle peu abondante.

Le 17, même état; le dix-huitième jour de l'apparition des accidents, la malade entra à l'Hôtel-Dieu.

Elle avait le visage abattu, grippé, la bouche mauvaise, la langue blanchâtre avec anorexie et une céphalalgie frontale; elle se plaignait aussi de vives coliques : cependant le bas-ventre était souple, non douloureux à la pression; le pouls petit et peu fréquent.

Au-dessous de l'arcade crurale droite, on voyait une tumeur circonscrite, oblongue, rénitente, élastique, irréductible, non fluctuante, peu douloureuse au toucher, sans chaleur, sans changement de couleur à la peau; la malade, interrogée sur l'apparition et l'irréductibilité de sa tumeur, ne sut faire que des réponses contradictoires les unes aux autres. Dans cette incertitude sur l'existence de l'étranglement, M. Dupuytren balança quelques instants, et se détermina enfin à opérer, convaincu que si l'absence de l'etranglement rendait l'opération inutile, son omission pouvait être funeste s'il y avait étranglement.

La peau qui recouvrait la tumeur fut incisée crucialement; toutes les parties extérieures au sac furent divisées, disséquées couche par couche; le sac se trouva bientôt à découvert; ses parois étaient épaissies, comme fibreuses; il fut ouvert en le soulevant avec la pointe du bistouri tenu à plat, et fendu sur sa longueur avec des ciseaux; au-dessous on aperçut deux petits tubercules blanchâtres, mous au toucher, simulant assez bien les parois de l'intestin pincé. Le doigt fut porté au collet du sac; le bistouri tranchant sur sa convexité, conduit sur lui, fut engagé sous l'arcade crurale, et le débridement opéré verticalement en haut et en dehors. L'adhérence des tubercules ne permettait pas d'en essayer la réduction; d'un autre côté, s'ils étaient formés par l'intestin, ils devaient être dans un état gangréneux, d'après la durée de l'étranglement; ce qui détermina M. Dupuytren à exciser l'un de ces tubercules avec des ciseaux; rien ne s'écoula de cette incision qui pût indiquer que c'était l'intestin. M. Dupuytren essaya d'introduire par cette incision une sonde de femme; elle arriva dans la cavité de l'abdomen; de la sérosité transparente s'écoula par le pavillon, mais en petite quantité. Enfin, dans l'assurance qu'il n'existait plus d'étranglement, on procéda au pansement; on prescrivit pour boisson du petit-lait, un bain à prendre immédiatement après l'opération, et

aussitôt après le bain, on fit l'application de quarante sangsues sur le ventre.

La malade reposa peu pendant la nuit; elle éprouva de vives coliques, et rendit quelques matières fécales. Depuis lors, plus de nausées, de vomissements, ni de hoquets; le bas-ventre était tuméfié, mais souple, peu douloureux à la pression. M. Dupuytren prescrivit un lavement purgatif à prendre par quart. Dans la soirée, la malade se trouvait dans le même état; elle avait eu une selle peu copieuse.

Le second jour de l'opération (20 avril), persévérance des coliques. M. Dupuytren ordonna un purgatif composé de manne, deux onces, sulfate de soude, un gros, dans huit onces d'eau de camomille, à prendre par cuillerées.

Le troisième jour, il y eut des évacuations abondantes; la malade avait bien dormi; mais elle ressentait encore des coliques; le bas-ventre restait toujours tuméfié, quoique souple et sans douleurs.

Le quatrième jour, même état.

Le cinquième, amélioration sensible, bon sommeil, appétit, légères coliques. L'appareil fut levé; la plaie était rouge, de bon aspect; la suppuration peu abondante; on prescrivit une infusion de fleurs de camomille, des fomentations, deux soupes.

Le 25 avril, tous les symptômes généraux étaient dissipés; la plaie avait déjà sensiblement diminué; dès lors sa cicatrisation ne fut traversée par aucun accident; la guérison était accomplie le 23 mai.

EXPLICATION DES PLANCHES.

EXPLICATION DE LA PLANCHE PREMIÈRE.

1. Tubercules antérieurs et supérieurs de l'os coxal.
2. Paroi anterieure de l'abdomen.
3. Fibres charnues du muscle costo-abdominal.
4. Ligne médiane de l'abdomen.
5. Éminence du pubis.
6. Ombilic.
1.7. Bord inférieur du muscle costo-abdominal, formant le côté antérieur de l'arcade fémorale.
8. Pilier interne ou inférieur de l'anneau sus-pubien.
9. Pilier interne ou supérieur du même anneau.
10. Orifice antérieur du canal sus-pubien ou anneau sus-pubien.
11. Cordon testiculaire.
12. Saillie formée par le péritoine.
13. Veine testiculaire.
14. Artère testiculaire.
15. Canal déférent.
16. Portion du *fascia-superficialis* soulevée et renversée sur l'abdomen.
17. Aponeurose crurale ou fémorale.
18. Orifice antérieur du canal crural. (*Lacuna externa pro vasis cruralibus* suivant Hesselbach.

A. A. Processus falciformis selon Burns.

B. Portion du procesus passant sous l'arcade fémorale pour aller à l'aponeurose du muscle lombo-abdominal. C'est la seule partie du *fascia-lata* qui puisse recouvrir le sac herniaire.

C. Portion du *fascia-lata* recouvrant le muscle sus-pubio-fémoral et allant s'insérer au bord postérieur de la branche horizontale de l'os pubis, et se continuer ensuite avec l'aponeurose pelvienne.

19. Portion fémorale de l'artère crurale.
20. Portion fémorale de la veine crurale.
21. Veine tibio-malléolaire ou grande veine saphène.
22. Veine sus-pubienne (épigastrique).
23. Artère sus-pubienne (épigastrique).
24. Artère circonflexe de l'ilium (circonflexe iliaque).
25. Nerfs cruraux.
26. Muscle sus pubio-fémoral (pectiné).
27. Muscle pubio fémoral (premier adducteur).
28. Muscle sous-pubio-fémoral (grèle interne).
29. Muscle ischio fémoral (2[e] adducteur.)
30. Muscle ilio-prétibial.

EXPLICATION DE LA PLANCHE SECONDE.

Cette figure, réduite de moitié de la grandeur naturelle, a été faite d'après une préparation d'un sujet mâle, âgé de dix-huit à vingt ans : les parties sont vues en raccourci du côté de la cavité abdominale.

1. Point correspondant à-peu-près au tubercule antérieur et supérieur de l'os coxal.
2. Lambeau renversé de la paroi antérieure de l'abdomen.
3. Aponeurose du muscle lombo-abdominal.
4. Ligne médiane de l'abdomen.
5. Ligament sus-pubien.
6. Ombilic.
1. 5. Ligne indiquant l'union de l'aponeurose du muscle lombo-abdominal avec le *fascia-iliaca.*
7. Muscle sterno-pubien, dont le bord externe A, A s'unit à l'aponeurose du muscle lombo-abdominal.
8. Orifice postérieur du canal sus-pubien, ou anneau sus-pubien postérieur (*annulus inguinalis posterior*, Hesselbch).
9. Cordon testiculaire.
10. Branche horizontale de l'os pubis.
11. Symphise des os pubis.
B, B, B. Surface d'apparence triangulaire, formée B, B, B par l'union de l'aponeurose pelvienne avec celle du muscle lombo-abdominal, connue sous le nom de ligament de Gimbernat.
12. Orifice postérieur du canal crural, ou anneau crural postérieur (*lacuna interna pro vasis cruralibus*, Hesselbach).
13. Trou sous-pubien.
14. Vessie urinaire.
1. 15. Crête de l'os coxal.
15. *Fascia-iliaca,* ou portion iliaque de l'aponeurose pelvienne.
16. Aorte.
18. Portion iliaque de l'artère crurale.
19. Veine cave inférieure.
20. Veine iliaque.
21. Fin de la veine iliaque et commencement de la veine fémorale.
22. Veine sous pubienne (obturatrice).
23. Artère sous-pubienne (obturatice).
24. Artère sus-pubienne (épigastrique).
25. Veine sus-pubienne (épigastrique).
26. Muscle iliaco-trockantinien.
27. Muscle prélombo-trochantinien.
C. D. Débridement de l'orifice postérieur de l'anneau crural, suivant la méthode de Gimbernat.

EXPLICATION DE LA PLANCHE TROISIÈME.

Cette planche représente le bassin d'une femme de vingt-quatre ans.

Figure 1.

1, 2. Crête de l'os ilium.
3. Fosse iliaque interne, avec le *fascia iliaca* du côté gauche, et sans ce *fascia* du côté droit.
3. 4. Muscles iliaco et prélombo trochantiniens.
5. Muscle ilio-costal.
6. Paroi antérieure de l'abdomen renversée sur les cuisses et incisée sur la ligne médiane.
7. Colonne rachidienne.
8. Artère aorte.
9. 9. Artères iliaques primitives.
10. Veine cave abdominale.
11, 12. Artère et veine de l'ovaire.
13. Uretère.
14. Corps de l'utérus.
15. Cordon sus-pubien de l'utérus.
16. Vessie urinaire.
17. Uraque.
18. Veines ombilicales oblitérées.
19. Veines iliaques.
20. Veine sus-pubienne.
21. Artère sus-pubienne.
22. Vaisseaux qui rampent sur le ligament de Gimbernat.
23. Portion de l'aponeurose du muscle lombo-abdominal, formant le prétendu ligament de Gimbernat.
24. Branche horizontale de l'os pubis.
25. Symphise des os publis.
26. Ligament sus-pubien.
27. Orifice postérieur du canal crural, plus grand dans la femme que dans l'homme.
28. Orifice postérieur du canal sus-pubien.

Figure 2.

Bistouri de M. Dupuytren.

Bistouri boutonné, convexe et tranchant sur sa convexité. Cet intrument est celui dont M. le professeur Dupuytren se sert dans le débridement des hernies.